



NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

1

1960

TALLINN

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegiumi

**F. Arnemann, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.**

1

*Jaanuar
veebuar*

3. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1960

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“

Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 21. XII 1959. Trükkimisele antud 4. II 1960. Trükiarv 3000. Paber 70×108 ¹/₁₆. Trüki-
poognaid 5+1 kleebis. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspognaid 7,2. Tellimise
nr. 6512. MB 01701.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19.

Hind 4 rubla.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

SANITAARTEENISTUSE PEAMISED ÜLESANDED SEOSSES NLKP XXI KONGRESSI OTSUSTEGA

I. Masik,

vabariigi peasanitaarinspektor

NSV Liidu rahvamajanduse arendamise seitsme aasta plaan on tootmisjõudude edasiarendamise, kogu nõukogude rahva materiaalse ja kultuurilise elutaseme kõrvalekaldumatu tõusu plaan.

NLKP XXI kongressi ja NLKP Keskkomitee juunipleenumi otsuste realiseerimiseks seadis NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium tervishoiu-organite ette rea ülesandeid rahva tervishoiu taseme edasise tõstmise alal. Peamised ülesanded on järgmised: 1) elanikkonna haigestumuses ja suremuses kõrget erikaalu omavate haiguste tunduv ja plaanipärane vähendamine; 2) tööstustööliste haigestumuse vähendamine; 3) laste suremuse edasine pidev vähendamine; 4) kasvava põlvkonna tervise tugevdamine ja füüsiline arendamine varases eas alata võivate haiguste vältimise eesmärgil; 5) nakkus- ja parasitaarhaiguste vähendamine ning likvideerimine.

Nende ülesannete edukas lahendamine sõltub suurel määral sanitaar-organitest, kes peavad töötama tihedas kontaktis raviuasutustega. Töö tõhususe kriteeriumiks peavad olema demograafilised näitajad, s. o. elanikkonna sündimus, suremus ja haigestumus.

Sanitaar- ja raviuasutuste töötajad peavad süstemaatiliselt uurima haigestumisi üksikute kollektiivide kaupa, välja selgitama haigestumust põhjustavad tegurid ja nende andmete põhjal planeerima tervistavaid üritusi.

Töötingimuste tervistamiseks tööstusettevõtetes avanevad suured võimalused seoses uue tehnika juurutamise ning tootmise automatiseerimise ja mehhaniseerimisega. Sel juhul on profülaktiline sanitaarkontroll eriti tähtis. Uute ettevõtete projektide, olemasolevate ettevõtete rekonstrueerimis- ja laiendamisprojektide läbivaatamisel peab arvestama kõiki momente, mis võivad parandada töötingimusi, ja nõudma, et projektis oleks ette nähtud kõik vajalikud tervistavad abinõud. Küsimuse õigeks otsustamiseks tuleb olemasolevaid ettevõtteid põhjalikult uurida.

Käesoleval ajal ehitatakse Eesti NSV-s palju suuri ettevõtteid. Kohtla-Järvel lõpetatakse töid Balti soojuselektrijaama ehitusel, rekonstrueeritakse põlevkivikaevandusi ja arendatakse põlevkivi lahtist kaevandamist. Lähemal ajal rekonstrueeritakse põhjalikult Maardu Keemia-kombinaat ja rida teisi tööstusettevõtteid.

Peab mainima, et projektide ekspertiisi kvaliteet on viimastel aastatel paranenud. See kõneleb meie arstide kvalifikatsiooni tõusust. Eriti tuleb märkida Tallinna, Tartu ja Viljandi sanitaar-epidemioloogia jaamade tõsist suhtumist projektide läbivaatamisse.

Suurt abi põlevkivitööstuse ettevõtete projektide ekspertiisi alal osutab süstemaatiliselt Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehügieeni sektor (Akkerberg, Blinova, Jürgenson, Vidomenko).

Tööstustervishoiu alal on tõsiseks probleemiks tööstustöölise haigestumuse vähendamine. Kuni viimase ajani ei uurinud enamik sanitaararstidest tööstustöölise haigestumise põhjusi ettevõtete kaupa ega teinud vajalikke ettepanekuid haigestumuse üksikute nosoloogiliste vormide vähendamiseks.

Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjas nr. 199, 28. juulist 1959. a. kohustatakse sanitaar-epidemioloogia jaamu ja osakondi analüüsima tööstusettevõtete töölise haigestumust kvartalite kaupa, mis võimaldab selle põhjusi õigeaegselt välja selgitada ning teha ettevõtete administratsioonile ettepanekuid töötingimuste parandamiseks.

Viimastel aastatel ei ole Eesti NSV-s vähenenud põlevkivitööstuse, metsa- ja puidutööstuse töölise haigestumine perifeerse närvisüsteemi haigustesse, angiini ja külmetushaigustesse, eriti sügisel ja talvel. Ka traumajuhtude arv on veel küllaltki suur.

Kõik meditsiinitöötajad, sealhulgas ka sanitaararstid, peavad meeles pidama, et käesoleval seitseaastakul peab tööjõudlus veelgi tõusma, järelikult peab langema haiguste ja traumatismi tagajärjel tekkinud töövõimetuspäevade arv. Seejuures omistavad partei ja valitsus erilist tähelepanu kutsehaiguste vähendamisele.

Meditsiinitöötajad on aga seni veel vähe teinud kutsehaiguste varajase väljaselgitamise ja profülaktika alal.

NLKP XXI kongressi otsused sisaldavad aatomienergia rahuotstarbelise uurimise ja rakendamise grandiooset programmi. Käesoleval ajal kasutavad radioaktiivseid isotoope paljud meie vabariigi ettevõtted ja asutused. Lähemas tulevikus hakatakse neid rakendama veel laiaulatuslikumalt.

Sanitaarteenistuse ülesandeks on rangelt kontrollida radioaktiivsete ainete kasutamist, säilitamist ja transportimist ning radioaktiivsete tootmisjäätmete kahjutukstegemist.

Põllumajanduse kiire areng, põllutööde laialdane mehhaniseerimine ja mürgiste kemikaalide kasutamine põllumajanduslikel töödel nõuab sanitaarkontrolli tugevdamist sellel alal. Viimaste aastate jooksul on NSV Liidu Peasanitaarinspeksioon kinnitanud juhendid põllutöömashinate remonditöökodade sanitaarkontrolli, uute insektofungitsiidide hügieenilise ja toksikoloogilise hindamise ning fosfororgaaniliste insektitsiidide ohutu kasutamise kohta. On kinnitatud granosaani, DDT, heksaklooraani, kloridaani ja rea teiste insektofungitsiidide lubatavad kontsentratsioonid töötamistsoonis õhus. Need materjalid on kohtadel olemas, kuid sanitaararstid ei organiseeri oma tööd nende järgi.

Fluori, fosfori, elavhõbeda, arseeni ja teiste mürkainete laialdane kasutamine põllumajanduses loob võimaluse nende tungimiseks põllumajandussaadustesse, millega seoses põllumajandussaaduste sanitaar-ekspertiisi küsimused muutuvad väga tähtsaks.

Maatöölise töötingimuste saneerimine peab toimuma tihedas kontaktis maa-arstijaoskondade ja velskri-ämmaemandapunktide personaliga. Seoses sellega tekib vajadus seminaride korraldamiseks maa-jaoskondade arstidele kutsehaiguste ekspertiisi alal.

Maatöölise töötingimuste ja haigestumuse uurimine ei peegeldu ka vabariiklike asutuste, nagu Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama, Tallinna ja Tartu vabariiklike haiglate ja vabariigi teaduslike uurimis-instituutide töös. See lünk tuleb täita ja asuda tõsiselt tegelema maatöölise haigestumise küsimusega.

Seoses tööstuse arenemise ja keemia juurutamisega osutub tõsiseks probleemiks õhu ja veekogude kaitsmine saastumise eest tööstusjäämetega.

Suuremad õhusaastajad Tallinnas (elektriijaam, V. Kingissepa nime-line Tselluloosi- ja Paberitööstuse Kombinaat, Vineeri- ja Mööblivabrik) viiakse lähematel aastatel üle vedelkütusele. Maardu Keemiakombinaadi rekonstrueerimisprojekt on läbi vaadatud; selle koostamisel on pööratud suurt tähelepanu atmosfääri paisatavate jäätmete puhastamisele. Põlevkivitööstuse ettevõtete avariijäätmete ja liigsete gaaside õhkupaiskamine likvideeritakse 1. juuliks.

Gaasi- ja energeetikatööstuse arenemine vabariigis võimaldab asendada tahket põlevkivikütust hügieenilisemaga (gaas, elektrienergia).

Sanitaarjärelevalveorganitel tuleb järsult tõsta nõudlikkust objektide vastu, mis oma jäätmetega saastavad õhku. Kahjulike ainete sisaldust suuremate linnade õhus ja selle toimet elanikkonna tervisesse tuleb laboratooriumides süstemaatiliselt uurida.

Veekogude saastumise eest kaitsmise küsimus püsib seni väga aktuaalsena. Tänu sanitaarjärelevalveorganite ja nõukogude kontrollkomisjoni püsivusele elavnes 1959. a. reovete puhastamiseseadmete ehitamine.

Rida ettevõtteid, kes olid kohustatud puhastusseadmete ehitustööd lõpetama 1959. a., ei täitnud aga oma kohustusi. Selliste hulka kuuluvad, Võhma, Narva, Pärnu ja Võru lihakombinaat. Nende rajoonide sanitaar-epidemioloogia jaamad ei ole küllaldaselt nõudlikud tähtaegade rikkujate suhtes ega rakenda sanktsioone.

Veekogude tõsisemateks saastajateks on põlevkivitööstuse ettevõtted, kuid ka siin ei ole küsimust lõpuni lahendatud. Rühma teaduslike töötajate viimased uurimised on näidanud, et põlevkivitööstuse ettevõtete reovetes leidub fenooli, tõrva ja teiste inimeste tervisele kahjulikke ainete kõrval ka 3,4-benzpüreeni, s. o. ainet, mis omab kantserogeenset toimet. Sellele vaatamata ei ole põlevkivitööstuse ettevõtetel veel täielikku puhastusseadmete komplekti.

Hiljemalt 1965. a. peab olema loodud olukord, kus ükski põlevkivitööstuse ettevõte ei juhi vabariigi veekogudesse oma puhastamata reovesi.

Tallinna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama üheks suuremaks ülesandeks on nõuda vajalike abinõude rakendamist Tallinna lahe vee edasise saastamise lõpetamiseks.

Kõigi rahvamajanduse harude arenemine, tehnoloogiliste protsesside ratsionaliseerimine ja moderniseerimine laiendab tunduvalt võimalusi mitmesuguste tööstusjäätmete utiliseerimiseks, mis praegu reostavad veekogusid. Reovetes leiduvate tööstusjäätmete ära kasutamine ja taastava tsükli organiseerimine on nii hügieeniliselt kui ka majanduslikult kõige täiuslikumaks meetodiks.

Suurt abi sanitaarteenistuse organitele peab osutama Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus «Veevärgi ja kanalisatsioonimajanduse arendamisest Eesti NSV linnades ja töölisasulates». Määruse järgi tuleb suurendada 1965. a. lõpuks linnade ja töölisasulate veevärkide võimsust umbes 80 000 m³ võrra ööpäevas, veevärgi torustiku pikkust umbes 200 km ja kanalisatsioonikollektoreid ning torustikku 180 km võrra.

Kõigi sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstid ja haiglate peaarstide asetäitjad sanitaar-epidemioloogia küsimuste alal on kohustatud pidevalt kontrollima ülalmainitud määruse täitmist. Samuti peavad nad tugevdama kontrolli põhjavete kasutamise ning nende reostumise eest kaitsmiseks määratud abinõude rakendamise üle.

Väsimatu hoolitsus inimese eest peegeldub elamuehituse seitsme aasta plaanis. Ei ole kahtlust, et lähemate aastate jooksul elamuehituse probleem lahendatakse. Nõukogude hügienistid mõistavad hästi selle ürituse suurt tähtsust tervistava ja epideemiatorje tegurina. Elamuehituse

uued tohutud mastaabid annavad hügienistidele ja sanitaararstidele väga vastutusrikkaid ülesandeid elamuehituse uue printsiipide tundmaõppimisel ja sellele hügieenilise hinnangu andmisel.

See nõuab profülaktilise ja jooksva sanitaarkontrolli tugevdamist elumajade tüüpprojektide järgi ehitamisel. Väga tähtis on tüüpprojektide omavahelise sidumise ja nende veevärgi ning kanalisatsiooni küsimuse lahendamine.

Seitsme aasta plaani üheks tähtsamaks osaks on laiatarbekaupade, eriti igasuguste toiduainete tootmise laiendamine. See võimaldab korraldada elanikkonna toitlustamist teaduslikel hügieenilistel alustel. Sellest lähtudes laienevad tunduvalt sanitaarorganite ülesanded. Toidu kvaliteedi kontrollimisel peab huvi tundma mitte ainult toidu kalorsuse, vaid ka selles leiduvate valkude, rasvade, süsivesikute ning vitamiinide vajaliku hulga ja õige vahekorra vastu.

Vabariikliku alluvusega linnade sanitaar-epidemioloogia jaamad hakkavad alates 1960. a. oma laboratooriumides süstemaatiliselt kontrollima organiseeritud kollektiivide toiduratsioone nii C-vitamiini kui ka teiste vitamiinide (A, B, D) suhtes.

Seni ei omistanud isegi ravi- ja lasteasutuste juhatajad vajalikkude tähelepanu toitlustamisküsimustele unustades, et toitlustamine ise on juba ravitegur. Rohkem tähelepanu tuleb pöörata toiduainete säilitamistingimustele, sest toitmürgistuste profülaktika küsimus ei ole päevakorrast ära langenud. Kuni käesoleva ajani on elukondlike toitmürgistuste juhtudest väga väikest protsenti laboratoorselt uuritud. Sanitaartöötajad ei ole suutnud jaoskonnaarstidelt ja kiirabi jaama arstidelt koguda materjali kõigi toitmürgistuste juhtude kohta, mis tunduvalt raskendab nende diferentseerimist teistest haigustest.

Toiduainete, eriti liha- ja piimasaaduste küllusega on seotud veel üks sanitaartöötajate ülesanne, nimelt kiirendada külmhoonete laiendamist ja kindlustada kiirestiriknevate toiduainete vedamist spetsiaalsetel transpordivahenditel.

Haridussüsteemi reorganiseerimine, kooli lähendamine tootmistööle seab tervishoiuorganitele uued ülesanded õpilaste tootmispraktika ja tööõpetuse õige organiseerimise alal. Vastavalt Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusele hakkavad 15 kooli õpilased õppima tootmistööd ettevõtetes.

Sanitaar- ja kooliarstid peavad põhjalikult tutvuma kooliõpilaste tööõpetuse tingimustega ja valvama selle üle, et ei tekiks kasvava organismi anatoomilis-füsioloogilisi häireid.

Internaatkoolide võrgu laiendamine nõuab õpilaste päevarežiimi põhjalikku uurimist, et rajada see hügieenilistele alustele. Nende küsimustega tegeleb praegu Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.

Koos haridusorganitega tuleb lahendada hulk küsimusi, nagu koolide üleviimine ühe vahetusega õppetööle, kunstliku valgustuse parandamine koolides, vajalike mõõtmega koolipinkide tootmine, sooja eine võimaldamine kõikidele õpilastele ning vajalike hügieeniliste ja kultuursete harjumuste juurutamine õpilastesse, alates esimesest klassist.

Kooliõpilaste tervise kaitsmine nõuab mitmesuguse erialaga meditsiinitöötajate ja pedagoogide ning kommunistlike noorte ja pioneeriorganisatsioonide koostööd.

Seitsme aasta jooksul kasvab eelkooliealiste laste asutuste arv 2 korda, kusjuures lastesõimed ja aiad ühendatakse ning tekib uus lasteasutuste tüüp — sõimaed. Sanitaarorganite peamiseks ülesandeks sellel alal on nõuda eelkooliealiste laste asutuste õigeaegset ehitamist ja rangelt kontrollida nende sanitaarset seisundit.

Eriti tähtis on nakkushaiguste vältimise küsimus. NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium kinnitas nakkushaiguste vähendamise plaani seitsmeks aastaks. Mainitud plaanis on ette nähtud viia selliste haiguste, nagu malaaria, difteeria, kõhutüüfuse, tähnilise tüüfuse, süüfilise, trahhoomi, faavuse, ankülostomoosi, teniarünhoosi ja marutõve esinemine NSV Liidus üksikute juhtudeni. Ka meie vabariigis on kinnitatud nakkushaiguste vähendamise perspektiivplaan.

Haigused, nagu tähniline tüüfus, süüfilis, trahhoom, ankülostomoos jt. esinevad meie vabariigis juba pikemat aega ainult üksikute juhtudena. Aastate jooksul ei ole meil registreeritud ühtegi marutõve- ja malaariajuhtu. Järsult alandada tuleb haigestumust düsenteeriasse ja kõikidesse ägedatesse seedimiselundite haigustesse.

Nakkushaiguste vähendamisel on tähtis ülesanne täita sanitaararstidel, kes peavad süstemaatiliselt ja visalt nõudma asulate heakorrasdamist, veevärgi ja kanalisatsiooni korrashoidmist ning kontrollima objektide sanitaarset seisundit.

Meditšiinitöötajate suureks saavutuseks oli poliomüeliidijuhtude arvu järsk vähendamine vabariigi elanikkonna massilise vaktsineerimise abil. Kogu vabariigis vaktsineeriti 700 000 inimest kuni 45 a. vanuses ja ka vanemaid.

Vaktsiin osutus täiesti ohutuks ja vaktsineerimise tulemusel vähenes haigestumus üksikute juhtudeni, kusjuures haigus on kulgenud väga kergelt.

Sanitaartervistavate ürituste edukas läbiviimine ei ole võimalik ilma elanikkonna abita. Elanikkonna kaasatõmbamine võitluseks tervete eluviiside eest peab kuuluma sanitaar-epidemioloogia jaamade töötajate ülesannete hulka.

Vabariigi sanitaarepidemioloogiatega on kõik võimalused NLKP XXI kongressi poolt püstitatud ülesannete edukaks täitmiseks väliskeskkonna tervendamise ja rahva tervishoiu parandamise alal.

Peamisteks organisatorseteks küsimusteks, mis lähemal ajal lahendada tuleb, on sanitaarepidemioloogiatega võrgu tugevdamine spetsialistidega ja süstemaatiline töö kaadri kvalifikatsiooni tõstmiseks. Tuleb laiendada ka sanitaarkeemia laboratooriumide võrku ja valmistada nende jaoks ette spetsialiste.

Ei ole kahtlust, et vabariigi sanitaarepidemioloogiatega rakendab kõik jõud nende suurte ja vastutusrikaste ülesannete täitmiseks ning annab oma panuse kommunismi ehitamisel.

Основные задачи санитарной службы в связи с решениями XXI съезда КПСС

И. Мазик

Резюме

Семилетний план развития народного хозяйства СССР является планом дальнейшего развития производительных сил, неуклонного подъема материального и культурного уровня жизни советского народа.

В целях реализации решений XXI съезда КПСС и июньского Пленума ЦК КПСС Министерство здравоохранения Союза ССР поставило перед органами здравоохранения ряд задач по обеспечению подъема народного здоровья. Главнейшими из них являются:

1) значительное и планомерное снижение заболеваний, занимающих высокий удельный вес в структуре заболеваемости и смертности населения; 2) снижение заболеваемости рабочих промышленных предприятий; 3) дальнейшее неуклонное снижение детской смертности; 4) укрепление здоровья и физического развития подрастающего

поколения, имеющее целью действенную профилактику заболеваний, берущих начало в раннем возрасте; 5) резкое снижение инфекционных и паразитарных болезней и ликвидация значительного их числа.

Успешное решение этих задач во многом зависит от санитарных органов, обязанных на основе глубокого изучения факторов, вредно влияющих на здоровье населения, дать обоснованные предложения по их устранению и установить систематический жесткий контроль за выполнением предъявленных требований.

Рост промышленной продукции на основе новой техники, автоматизации и механизации производства, развитие сланцевой, химической и энергетической промышленности в Эстонской ССР требуют от санитарных работников углубленного изучения условий труда и заболеваемости рабочих промышленных предприятий и предъявления руководству предприятий и Совнархозу обоснованных оздоровительных мероприятий. Основной задачей является борьба за снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, снижение и полная ликвидация профессиональных заболеваний.

Крутой подъем сельского хозяйства, широкое развитие механизированного труда в сельском хозяйстве, все большее внедрение ядохимикатов приближает условия труда в сельском хозяйстве к условиям труда в промышленности, требует резкого усиления санитарного надзора в этой области.

Серьезной проблемой, в связи с развитием промышленности и широкого внедрения химии, является охрана атмосферного воздуха и водоемов от загрязнений промышленными отходами и определение степени их влияния на здоровье людей.

Неустанная забота партии и правительства о человеке получила отражение в семилетнем плане жилищного строительства и благоустройства населенных мест. Правильное и своевременное решение этих вопросов во многом зависит от санитарных работников.

Неизмеримо возрастают задачи санитарных органов в области гигиены питания в связи с расширением сети общественного питания и увеличением количества и ассортимента пищевых продуктов.

Реорганизация народного образования, приближение школы к производству выдвигают новые задачи перед органами здравоохранения в отношении правильной организации производственной практики учащихся и трудового воспитания подрастающего поколения.

Решение Коллегии Минздрава СССР от 9 марта 1959 г. о ликвидации некоторых инфекционных заболеваний в СССР в 1959—1965 гг. и резкое снижение других инфекций и глистных инвазий требует от санитарных работников резкого улучшения работы в отношении очистки населенных мест, водоснабжения и канализации и соблюдения санитарного режима на всех объектах.

Особо важными являются вопросы привития культурных навыков населению и систематической целенаправленной санитарно-просветительной работы, а также привлечения населения к проведению санитарно-оздоровительных мероприятий.

Для правильного и оперативного решения поставленных задач необходимо проводить дальнейшее укрепление сети санитарно-эпидемиологической службы, систематически повышать квалификацию работников, шире внедрять в практику работы лабораторные исследования и изучение заболеваемости отдельных групп населения.

Reovete mõjust Emajõe sanitaarsele seisundile

J. Jürgenson

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat P. B o g o v s k i),

V. Jaakmees

(Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, juhataja O. T a m m)

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida Emajõe sanitaar-hügieenilist seisundit Tartu linna piires ja selgitada Emajõkke juhivate reovete toime ulatust.

Töö teostati 1958. aastal tavalise veekogude sanitaarse seisundi uurimise skeemi kohaselt.

Proovid võeti batomeetriga 0,3 ja 2 m sügavuselt, kaldast 10 m kaugusel.

Vett analüüsiti standardsete meetoditega (Tšistjakov, Dratšov ja teised). Reovee proovide analüüsimiseks kasutati Lurje ja Rõbnikovi meetodeid.

Emajõe üldpikkus on 177 km. Jõesängi laius Võrtsjärve juures on 57 m, sügavus 3,5 m. Peipsisse suubumisel on jõe laius 92 m. Jõe sügavus linna piirides kõigub 2,5—6,3 m, laius 50—60 m. Emajõel on palju lisajõgesid: suurim neist on ülalpool linna Emajõkke suubuv Pedja jõgi. Linna piirides lisajõgesid ei ole. Emajõe pikkus linna piirides on ≈ 7 km.

Kõrgeim veeseis oli maikuus, ulatudes 239 sm-ni graafiku 0-punktist, ja madalam novembris-detsembris. Aastane veepinna kõikumine Emajões oli 53—265 sm. Suurvee ajal ujutab Emajõgi jõeäärseid madalamaid alasid, mõnel aastal isegi linna piirides.

Keskmine veevoolu kiirus Emajões * 1958. a. oli 0,30 m/sek (maksimaalne 0,61 m/sek — 25. aprillil ja minimaalne 0,15 m/sek — 31. det.). Voolumaht Emajões 1958. a. kõikus 23,6 m³/sek (31. det.) kuni 186 m³/sek (25. aprillil) ja oli keskmiselt 115,2 m³/sek.

1948. ja 1949. a. oli M. Uiho (6) andmeil madalam veenivoo ja väikseim voolukiirus suve lõpul ja sügise algul, seega tunduvalt erineb 1958. a. andmeist. Nähtavasti tuleb seda seletada 1958. a. sademeterohke suvega, et madalaim veeseis saavutati alles talvel.

Püsiva jääkatte kestus Emajõel 1958. a. oli Tartu Hüdroloogia Jaama andmeil 1. I — 14. III; perioodi 15. III — 22. IV iseloomustas kallasjäa ja 24. IV algas jäävaba periood. 20. XI esines jälle esimene kallasjäa ning alles 2. XII tuli püsiv jääkate, mis kestis 1958. a. lõpuni.

Õhu temperatuuri, relatiivset niiskust ja sademete hulka Tartus iseloomustab tabel 1.

Tabelist 1 selgub, et 1958. a. 5 kuu vältel olid kuu keskmised temperatuurid (kella 7.00 mõõtmiste põhjal) alla 0° (jaanuarist aprillini ja detsembris). Kella 13.00 mõõtmiste kuu keskmised näitasid aprillis üle 0°. 1958. a. andmeil oli kõige soojem kuu juuli.

* Tartu Hüdroloogia Jaama Kvistentali vaatluspunkti andmed.

Tabel 1.

**Meteoroloogilised faktorid Tartus 1958. aastal (Tartu aviojaama meteoroloogilise
vaatluspunkti andmed)**

Kuud	Õhu t° keskmised näitajad		Relatiivse niiskuse keskmised näitajad		Sademed kokku kuus
	kell 7.00	kell 13.00	kell 7.00	kell 13.00	
I	— 7,6	— 6,3	89	85	9,8
II	— 8,2	— 6,5	88	84	22,5
III	—12,0	— 4,0	89	63	21,7
IV	— 0,4	5,1	48	50	6,9
V	9,0	13,5	81	59	30,5
VI	12,5	16,9	80	60	44,0
VII	14,9	19,1	82	61	23,0
VIII	12,6	17,9	90	66	10,4
IX	8,2	14,6	84	63	18,2
X	5,8	9,1	94	77	25,4
XI	2,2	3,8	92	82	10,3
XII	— 5,3	— 4,5	91	87	16,5

*) Tartu Hüdroloogia Jaama Kvistentali vaatluspunkti andmed.

Samast tabelist nähtub, et sademeterikkaim oli juunikuu ja sade-
metevaeseim aprill, 1958. a. oli valitsevaks läänetuul. Tuule kiiruseks oli
keskmiselt 3 m/sek.

Geoloogiliselt (2) on Tartu linna maa-alal esinevad vanemad setted
paleozoilised, keskdevoonsed, nooremad on kvaternaarsed.

Emajõe kaldad linna piirides on lamedad. Emajõe peamiseks reostus-
allikaks on Tartu linn oma tööstuslike ja majapidamisreovetega. Linna
piirides on jõgi ka laevatatav, mis samuti võib reostada jõge. Emajõe! toi-
mub palgiparvetus kogu jäävaba perioodil — aprillist novembrini. Ühes
kuus parvetatakse umbes 15 parve, s. o. maksimaalselt 5000—6000 tm
metsa.

Tartu linnas on valdavas enamuses 1-kuni 2-korruselised ja suure-
mad elamud. Majadest on umbes 20% varustatud veevärgiga ja 70%
kanalisatsiooniga. Linna tänavad on osaliselt asfalteeritud, rikkalikult on
haljasalasid.

Tartus jõevett joogiveena ei kasutata. Keskkeevärk saab oma vee
Meltsi allikatest. Üksikelamute veeallikateks on kas puur- või salv-
kaevud. Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama andmeil vastab vee-
värgi vesi sanitaar-hügieenilistele nõuetele.

Emajõkke suubub linna piirides, s. o. umbes 7 km pikkusel maa-alal,
43 reoveetoru, neist enamik puhastusseadmeteta. Reoveed juhatakse jõkke
mõlemalt kaldalt.

Tartu linnas asub üle 30 tööstusettevõtte ja rida töökodasid, mis suu-
navad oma reoveed Emajõkke. Tööstustest on valdavas enamuses toidu-
ainetetööstuse ettevõtted, nagu näiteks õlletööstus, liha-, kala-, piimakom-
binaat, pärmivabrik, leivatööstused jne. Peale selle on Tartus keemiatöös-
tus, alumiiniumivabrik, masinaehitustehas, nahavabrik, mitmesugused
tööstuskombinaadid, autoremonditehas jne. Emajõkke juhivad oma reo-
veed ka haiglad, kokku 1500 voodikohaga ja 5 sauna. Tööstus- ja maja-
pidamisreoveed suubuvad Emajõkke teineteisest eraldamata.

Reovete juhtimine Emajõkke hajutatult 43 eri kohas soodustab reovete
paremat segunemist jõeveega ja kiirendab enesepuhastusprotsessi. Segu-

nemist soodustab ka jõe looklev kulg ning voolu suhteliselt suur kiirus linna piirides.

Emajõkke juhítavat tööstusreovett analüüsis Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam 1957. ja 1958. a. Uurimisel selgus, et hapendumus permanganaatmeetodil oli kõigis reoveeproovides kõrge, ulatudes kalatööstuse, nakkushaigla ja saunade reovees üle 100 mg/l, nahavabrikul üle 400 mg/l ja trükikodadel isegi üle 1000 mg/l. Kõrged hapendumuse näitajad viitavad orgaaniliste ainete rohkele esinemisele. Suspendeeritud ainete hulk oli eriti suur kammivabriku, trükikoja ja lihakombinaadi reovetes, tõustes viimase rasvatsehhi reovees isegi 26 500 mg/l. Kuivjäägi sisaldus oli väga kõrge (üle 1000 mg/l) trükikoja, nahavabriku, lihakombinaadi jt. reovees. Nii suspendeeritud ainete kui ka kuivjäägi suur kogus viitab tugevale reostumisele. Samuti on reostumise näitajaks kloriidide sisaldus, mis uuritud reovetes kõikus suurtes piirides, ulatudes nahakombinaadi vees 2100 mg/l. Peaaegu kõigis reovetes leidis ammoniaaki, samuti esines enamikes ka nitriite või nitraate, sageli mõlemaid.

Soolekepikeste tiiter uuritud vetes kõikus <0,01-st (trükikoja ja õllevabriku reovetes), kuni 0,4-ni (masinatehase reovetes).

Peale tabelis esitatud reovete analüüsides on veel terve rida tööstusi analoogiliste reostumise näitajatega. Mitmesuguste ettevõtete, taksoparkide jne. vees esines tugev naftaproduktide lõhn, mis ei kadunud sageli isegi lahjendustes 1 : 30. Samuti esines nendel vetel pinnakile. Tugeva pinnakile esinemine reovees võib põhjustada ka veekogus pinnakile tekkimist, viimane aga häiriks hapnikurežiimi jões. Vähendades lahustunud hapniku hulka jõevees, kahjustavad reoveed veeorganismide ja kalade elutegevust.

Ka oli mõnedel reovetel, näiteks taksopargil, suhteliselt kõrge pH — 8,5. Suurte hulkade tugevasti leeliste vete juhtimine jõkke võib muuta jõe vee vesinikuioonide kontsentratsiooni.

Ülaltoodud andmed näitavad, et Emajõkke juhitud tööstusreoveed sisaldavad palju orgaanilisi ühendeid, on reostunud ammoniaagiga, naftaproduktidega, nende soolekepikeste tiiter on madal.

Enamikku uuritud reovetest hindas Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam sanitaarseile nõudeile mittevastavaiks. Tööstused maksavad reovete eest suuri trahvisummasid, sest nad pole ehitanud puhastusseadmeid.

Seni on puhastusseadmed ehitanud alumiiniumivabrik, kammivabrik ja remonditehas.

1960. a. on plaanis terve rea mitmesuguste puhastusseadmete (liivapüüdjate, settekaevude jne.) ehitamine, mis tunduvalt vähendaks Emajõkke juhitava reostuse hulka.

Emajõkke suunatakse Tartu 18 suuremast tööstusettevõttest kokku 27 763 m³ reovett kuus, s. o. 925 m³ ööpäevas.

Sellele lisanduvad veel majapidamisreoveed elamute kanalisatsioonidest (\approx 6885 m³ ööpäevas). Ligikaudse arvestuse järgi suunatakse Emajõkke kokku 8060 m³ reovett ööpäevas.

Reovete mõju selgitamiseks Emajõe sanitaarsele seisundile teostati vastavad uurimised.

Emajõe sanitaarse seisundi uurimiseks Tartu linna piirides võeti jõevee proovid 4-st punktist: ujula juurest, jalakäijate silla kohalt, sadama juurest ja Rebase tänava otsa kohalt. Peale selle võeti veel ühe-kordsed proovid uue silla ja Ropka juurest. Proovid võeti sesoonselt, et iseloomustada kevadist ja sügisest (võimalikku) suurveeperioodi. samuti suvist madalaimat seisu ja jõevee reostumist jääkatte all.

Saadud analüüsi tulemusi võrreldi M. Uiho (6) poolt 1948-49. a. saadud Emajõe uurimise materjalidega, mis võimaldas iseloomustada Ema-

Emajõe vee analüüsi tulemused *

Analüüsi näitajad	Proovivõtu kohad		Ujula juures		Jalakäijate silla juures		Sadama juures		Rebase tn. otsa kohal	
	minim.	maksim.	minim.	maksim.	minim.	maksim.	minim.	maksim.	minim.	maksim.
t°	3	21	3	21	5	22	4	22		
Lõhn	erilise lõhnata		erilise lõhnata		erilise lõhnata		erilise lõhnata			
Värvus	kollakas		kollakas		kollakas		kollakas			
Läbipaistvus	29	>36	18	>36	29	>30	23	>30		
pH	7,1	7,5	7,2	7,5	7,2	7,4	7,3	7,5		
Tiitritav leelisus	3,0	3,8	3,0	3,8	3,2	3,9	3,1	3,9		
Hapendumus mg/l O ₂	12,5	21	12,6	22,8	13	20,8	12,7	21,2		
Lahustunud O ₂ mg/l	8,5	11,8	7,7	12,6	9,4	11,8	10,2	12,8		
O ₂ -ga küllastuse %	63	132	57	141	73,4	134	77,9	145,3		
Biokeemiline hapniku- tarvidus mg l	2,9	7,8	3,2	8,6	3,3	8,7	3,2	9,0		
Suspendeeritud ained mg/l	2,4	19,2	12,0	17,2	6,8	17,0	11,6	16		
Kuivjääk mg/l	206	285	235,2	283	223,2	264,1	211,6	346		
NH ₃ mg/l	0	jäljed	0	jäljed	0	jäljed	0	jäljed		
NO ₂ mg/l	0	jäljed	0	jäljed	0	jäljed	0	jäljed		
NO ₃ mg/l	0	jäljed	0	jäljed	0	jäljed	0	jäljed		
H ₂ S mg/l	0	0	0	0	0	0	0	0		
Cl mg/l	8	13	8	14	10	12	10	14		
Soolekepikeste tiiter	keskm. 0,04		keskm. 0,4		keskm. 0,01		keskm. 0,01			

* Igas punktis võeti 16—18 proovi.

jõe reostumist dünaamiliselt. 1958. a. uurimise tulemused on toodud tabelis 2.

Nagu näitab tabel 2, ei olnud reovete mõju jõevee füüsikalistele näitajatele märgatav, jõevesi oli kõikides proovides erilise lõhnata ja kollaka värvusega. Pruunika või kollaka tooni annavad veele huumusained, mis suurveest tekitatud üleujutuse ajal satuvad jökke seda ümbritsevalt lihtadelt ja lisajõgedest, eriti Pedja jõe kaudu, mille vesi on pruunikas või kollakas (3). Samuti on pruunikas värvus tingitud sellest, et Emajõgi ise voolab läbi soiste alade. Vee läbipaistvus oli küllalt suur ja kõikus üksikutes proovides 18 ja 36 sm piirides. Jõevee pH kõikus 7,1—7,5. Jõevee kohati kõrgem pH (7, 5) võib olla tingitud reovetest, sest peaaegu kõigil uuritud reovetel oli tugev leeline reaktsioon.

Hapendumus jõevees kõikus 12,5 kuni 22,8 mg/l. Emajõe vee hapendumus oli ka ülalpool reostuse sissevoolamist suhteliselt suur, kuna jõgi oma algosas läbib turbarabasid ja soisi alasid. Seega ei saa kõrget hapendumust lugeda reostusest tingituks. M. Uibo (6) andmeil kõikus Emajõe vee hapendumus enne reovete sissejuhtimise rajooni 12,5—21,4 mg/l. Biokeemiline hapnikutarvidus jõevee proovides kõikus 0,3 kuni 3,9 mg/l. Suspendeeritud aineid leidis 2,4—3,1 mg/l ja kuivjäägisaldus oli 206—346 mg/l. Ammoniaaki, nitriite ja väävelvesinikku ei leidunud. Soolekepikeste tiiter jõevees kõikus < 0,01 ja 0,4 vahel.

Võrreldes 1958. a. uurimiste andmeid M. Uiho poolt 1948. ja 1949. a. saadud andmetega, selgus, et hapendumus kõikus enamvähem samades piirides. Erinevuseks oli ammoniaagi leidumine 1948/49. a. proovides, kuna 1958. a. viimast ei leidunud määrataval hulgal.

Lahustunud hapniku hulk ujula juurest võetud veeproovist oli 1948/49. a. suurem (11—14 mg/l) kui 1958. a. (8,5—11,8 mg/l). Teistes uuritud punktides oli hapnikusisaldus enam-vähem vastav.

Biokeemiline hapnikutarvidus oli 1948/49. a. tunduvalt väiksem kui 1958. a. Maksimaalne biokeemiline hapnikutarvidus 1948/49. a. oli jalakäijate silla kohal 4,78 mg/l, 1958. a. aga 9,9 mg/l (Rebase tänava otsa kohal).

Soolekepikeste tiiter 1948/49. a. kõikus 0,1—2,5-ni; 1958. a. <0,01—0,4.

Ülaltoodud võrdlusest nähtub, et otsustades biokeemilise hapnikutarviduse järgi, on 10 aasta jooksul toimunud vähene nihkumine reostumise suurenemise suunas.

Uurimuse andmed näitavad, et ei ole olulist vahet üksikute punktide reostumise suuruses. Ainult kloriididesisaldus ja biokeemiline hapnikutarvidus näitavad vaevaltmärgatavat tõusu ujula juurest kuni Rebase tänavani, kuid samal ajal näitab ka lahustunud hapnikusisaldus väikest tõusu.

Andmed näitavad, et reovete sissejuhtimisega Emajõkke ei teki mingit maksimaalse reostumise punkti, kust edasi jõeveega segunemise ja jõe enesepuhastuse protsessi tulemusena reostuse kontsentratsioonid hakkavad langema. Seda tuleb seletada asjaoluga, et reoveed juhatakse Emajõkke 43 erinevast punktist umbes 7 km pikkusel maa-alal. Emajões on segunemiseks seetõttu eriti soodsad võimalused ja kuna jõe enesepuhastuseks on head tingimused (reovee suur lahjendus jõeveega, rikkalik hapnikusisaldus), siis võib tugevamat reostumist märgata vaid reoveetorude vahetus läheduses, nagu seda kinnitavad ka M. Uiho (6) uurimised.

Analüüsiandmed näitavad kevadisel suurveeperioodil hapendumuse suurenemist. Hapendumus langeb suvistes proovides ja tõuseb sügisel. Suurveeperioodil on voolus kiirem, toob kaasa palju orgaanilisi aineid, millega ongi seletatav suurem hapendumus.

Biokeemiline hapnikutarvidus tõuseb suveperioodil, mis on seletatav biokeemiliste protsesside intensiivistumisega soojemal aastaajal.

Suveperioodil langeb veenivoo jões (joonis 1) ja suureneb kloriidide hulk jõevees. Viimane on seletatav asjaoluga, et jõkke juhivad reovete kloriidid saavutavad sel perioodil väiksema lahjenduse.

K o k k u v õ t e

Emajõe sanitaarhügieeniline uurimine näitas, et:

1. Emajõkke suubub 43 reoveekanalit tööstuslike ja majapidamise reovetega.

2. Tööstuslikud veed on tugevasti reostunud. Neid iseloomustab kõrge hapendumus (kuni 1000 mg/l), suur kloriidide, kuivjäägi ja suspendeeritud ainete sisaldus, ammoniaagi, nitriidide ja nitraatide leidumine ning madal soolekepikeste tiiter.

3. Emajões on reostuse likvideerimiseks soodsad tingimused suure veehulga ning voolukiiruse ja jõe lookleva kulu tagajärjel toimuva kiire enesepuhastusprotsessi tõttu.

4. Võrreldes 1948/49. aastaga on 1958. a. vee biokeemilise hapnikutarviduse ja kolikepikeste tiitri näitajad halvenenud.

Emajõe sanitaarhügieenilisel hindamisel tuleb lähtuda ka kalamajanduse seisukohalt, kuna Emajões ja selle lisajõgedes on Riikoja (3) ja Ristkoki (4) andmeil kindlaks tehtud 37—39 kalaliigi esinemine, neist

22 liiki tööndusliku tähtsusega. Mitmed autorid rõhutavad Tartu linna tööstuste ja majapidamise reovete kahjulikku toimet nii kaladesse (3, 4) kui ka planktonile (1) ja bentosele (5).

Arvesse võttes Emajõe tähtsust kalade kudemispaigana, tuleks Emajõe hinnata kehtivate normatiivide N 101 — 54 järgi kui II kategooria veekogu.

II kategooria veekogule esitatavaile nõudeile Emajõgi ei vasta, kuna jõevees biokeemiline hapnikutarvidus enamasti ületab 4 mg/l ja kuna reovete toimel suspendeeritud ainete sisaldus jõevees tõuseb rohkem kui 0,75 mg/l võrra (ujula juures enne linna reovete sissejuhtimist on keskmine suspendeeritud ainete hulk 10,7 mg/l, Jalakäijate silla juures aga 13,4 mg/l).

Emajõe sanitaarhügieenilise seisundi parandamiseks tuleks:

1) olemasolevad reoveekollektorid varustada puhastusseadmetega (liivapüüdjad, settekaevud, kloraatorid jne.), et takistada suurte suspendeeritud ainete hulkade jõkke sattumist;

2) kõigil projekteeritavail ja ehitatavail tööstusettevõttele ehitada vastavad reovete puhastamise seadmed;

3) Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamal kontrollida Emajõe sanitaarset seisundit vähemalt 1 kord kvartalis.

Emajõe reostumise tagajärjel majapidamise reovetega ja madala soolekepikeste tiitri tõttu ujumine ja veespordiga tegelemine linna piirides ei ole lubatavad.

4) seitseaastaku jooksul ehitada Tartu linnas ühtne reovete kollektor ning seadmed reovete kahjutustamiseks ja põllumajanduslikuks otstarbeks kasutamiseks.

Kirjandus.

1. A. L u m b e r g. Emajõe planktonist. ENSV TA Loodusuurijate Seltsi Aastaraamat, Tallinn, 1956. — 2. K. O r v i k u. Tartu linna hüdroloogiast. TRÜ Toimetised, Tartu, 1946. — 3. H. R i i k o j a. Emajõe üldiseloostus, selle luhaveekogud ja rajoniseerimine. ENSV TA Loodusuurijate Seltsi Aastaraamat. Tallinn, 1956. — 4. J. R i s t k o k. Emajõe kalafaunast ja kalamajandusest. Samas lk. 161—174. — 5. O. T ö l p. Emajõe bentosest. Samas lk. 143—160. — 6. M. U i b o. Emajõe vee reostumine Tartu linna piirides ja vee enesepuhastus. Käsikiri 1949. a.

Влияние сточных вод на санитарное состояние реки Эмайыги

И. Юргенсон и В. Яакмээс

Резюме

В 1958 г. нами проводилось исследование влияния сточных вод на санитарное состояние реки Эмайыги. Выяснилось, что основным источником загрязнения этой реки является город Тарту, где на протяжении 6—7 км в реку попадают сточные воды (производственные и хозяйственно-бытовые) в 43 различных местах.

Анализами подтверждено, что производственные сточные воды, попадающие в Эмайыги, сильно загрязнены. Несмотря на хорошие условия самоочищения реки (быстрое течение, большой расход воды и т. д.), в пределах города все же отмечено небольшое загрязнение ее сточными водами. В пробах воды обнаружен повышенный показатель БПК₅, взвешенных веществ и низкий титр кишечной палочки.

На основании проведенных исследований выяснилось, что Эмайыги не отвечает требованиям санитарных норм N 101—54 к водоемам II категории, так как в речной воде после смешения ее со сточными водами, во-первых, БПК₅ превышает 4 мг/л и, во-вторых, содержание взвешенных веществ в реке увеличивается больше чем на 0,75 мг/л. Для улучшения санитарно-гигиенического состояния Эмайыги было предложено устройство различных сооружений для очистки промышленных и хозяйственно-бытовых вод города Тарту.

KÕHUTÜÜFUSEST TARTUS

L. Rootsmäe

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, mikrobioloogia ja dermatoloogia kateedrist, juhataja professor, Eesti NSV teeneline teadlane F. Lepp ja Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst M. Martson)

Meie meditsiinilises kirjanduses kasutatavad andmed kõhutüüfuse kliiniku ja diagnostika alal ei peegelda veel küllaldaselt muutusi, mida on kaasa toonud antibiootikumide kasutuselevõtmine, vaksineerimised ja teised ravi- ning profülaktikaalased menetlused. Sihiga tuua nimeetatud küsimusse rohkem selgust ja õppida tundma sel alal esinevaid kohalikke iseärasusi, töötas autor läbi Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 1945.—1957. a. ravil olnud Tartu linnast pärinevate kõhutüüfusehaigete kliinilise dokumentatsiooni, kokku 671 haiguslugu.

Nagu materjalide analüüs näitab, on meeste haigestumus kõhutüüfusse suhteliselt suurem kui naistel. Haigus tabab eeskätt kõige elujõulisemaid ja töövõimelisemaid inimesi 15—39 aasta vanuses, kõige sagedamini aga 15—19 aasta vanuses (joonis 1). Haigete hulgas domineerivad füüsilise töö tegijad (29,8%) ja õpilased (20,7%), kes on haigusele rohkem dispooneeritud nähtavasti tiheda elukondliku kontakti ning vahest ka suurema vastuvõtlikkuse tõttu.

Olustikuliste ja sanitaar-hügieeniliste tingimuste tähtsust kõhutüüfuse levitamisel ei saa alahinnata, kui arvestada, et haige hakkab kõhutüüfuse tekitajaid eritama juba esimestel haiguspäevadel. Sellelt seisukohalt lähtudes tuleb Tartu kõhutüüfusehaigete keskmist hospitaliseerimisega (10 haiguspäeva) lugeda hiliseks, mis loob eeldused nakkuse laialdaseks levimiseks. Haigestunutest paigutati haiglatesse esimesel haigusnädalal 45,2%, teisel haigusnädalal 38,6%, kolmandal haigusnädalal 11,5% ja hiljem 4,7%.

Kuigi osal juhtudest hospitaliseerimine hilineb haige mitteõigeaegse arsti poole pöördumise tõttu, siis on see enamasti tingitud haiguse diagnoosimisel esinevatest raskustest. See nähtub asjaolust, et 1954.—1957. a. andmetel tehti esimene arstivisiit nakkuskoldesse keskmiselt 4. haiguspäeval (4,5), haige suunati haiglasse aga alles 9. haiguspäeval (9,1), s. o. 4,5 päeva hiljem.

Kõhutüüfusehaigete haiglaravi keskmine kestus oli 39 päeva (1945.—1951. a. 42,2 päeva, 1952.—1954. a. 38,4 päeva, 1955.—1957. a. 31,8 päeva). Seega on kõhutüüfus Tartus, arvestades kodust ravi enne haiglasse paigutamist (10 päeva), ja puhkust pärast haiglaravi (30 päeva), haige välja lülitanud tööprotsessist keskmiselt 79 päevaks.

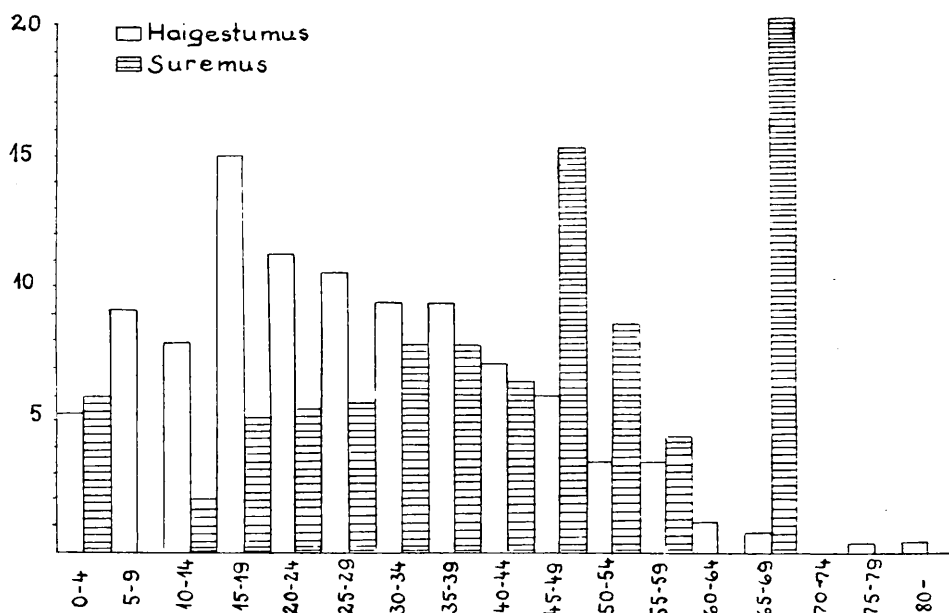
Kliiniliselt kergeid haigusjuhtumeid oli 27,4%, keskmisi 52,5%, raskeid 16,7% ja abortiivseid 3,4%, seejuures atüüpilisi 5,0%. Viimasel ajal kõhutüüfuse haigusvormide jaotuvuses toimunud muutused on ilmselt seostatavad süntomütsiinravi rakendamisega Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas alates 1952. aastast (joonis 2). Nii on näiteks tunduvalt vähenenud raskete haigusvormide arv (20,2%-lt 1945.—1951. a. 9,4%-le 1952.—1957. a.), samal ajal aga on tugevasti sagenenud atüüpilised (enamasti kerged) haigusjuhud (3,1%-lt 9,0%-le).

Retsidiive esines keskmiselt 16,2% haigusjuhtudest. Retsidiivid on sagedamad haiguse raskema kulu puhul: neid andsid abortiivsed haigusvormid 14,8%, kerged haigusvormid 15,9%, keskmise raskusega haigusvormid 16,9% ja rasked haigusvormid 25,0%. Ajaliselt tekkisid retsidiivid kergetel haigusjuhtudel varem ja kestsid siis ka lühemat aega. Kahte retsidiivi ühel haigel täheldati 8,1% retsidiividega haigusjuhtude üldarvust ja peamiselt raske haigusvormi puhul.

Tüsistusi oli 20,1% haigusjuhtudest, kusjuures neid andsid haiguse kerged vormid 7,1%, abortiivsed vormid 9,6%, keskmise raskusega vor-

mid 14,1% ja haiguse rasked vormid 67,3%. Rohkem kui üks tüsistus esines 19,3% juhtudest. Sagedamateks tüsistusteks olid pneumooniad (23 juhtu, 14,5%), müokardiit (21 juhtu, 13,2%), keskkõrvapõletik (20 juhtu, 12,6%), sooleverejooks (9 juhtu, 5,6%), tromboflebiit (8 juhtu, 5,0%) jne.

Võrreldes eelneva perioodiga on retsidiivide sagedus süntomüsiinravi kasutamise perioodil (1952.—1957. a.) langenud 17,4 protsendilt 14,7 protsendile ja intervall esimese ning teise haigestumise vahel tunduvalt pikenenud. Samal ajal on langenud tüsistuste sagedus 23,7 protsendilt 12,6 protsendile, kadunud või haruldaseks muutunud on paljud tüsistusteliigid. Tunduvalt on sagenenud ainult tromboflebiitide teke. Siinjuures on vaja juhtida tähelepanu asjaolule, et viimastel aastatel (1956, 1957)



Joon. 1. Haigestumus ja suremus kõhutüüfusesse üksikutes vanuserühmades protsentides

täheldati retsidiivi- ja tüsistusjuhtude uut sagenemist, mis vajab veel täiendavat uurimist. On võimalik, et siin etendab teatud osa organismi immunobioloogiliste protsesside nõrgenemine antibiootikumide manustamise tagajärjel.

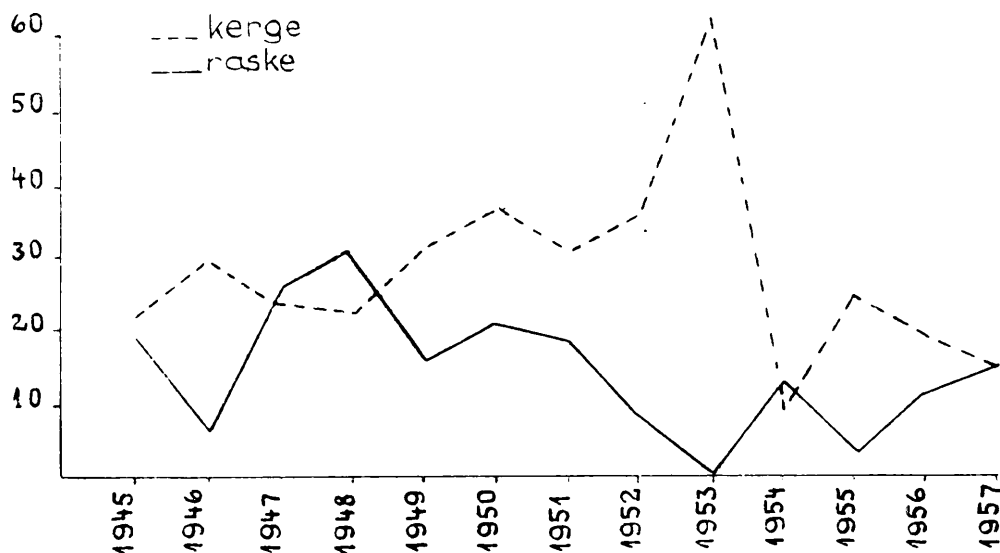
Antibiootikumide toime kajastub tugevasti ka suremuse languses. Eriti tähelepanuväärne on see pärast 1952. aastat, mil surm kõhutüüfusse tagajärjel on vaid erandnähtuseks (joonis 3). Kui keskmine suremus kõhutüüfusesse oli kogu vaatlusperioodil 6 protsenti ja 1945.—1951. a. koguni 8 protsenti, siis 1952.—1957. a. oli selle näitajaks 1,3%. Meeste suremus oli mõnevõrra kõrgem kui naistel (7,6% resp. 4,6%), seejuures esines suhteliselt kõige rohkem surmajuhte 30—54 a. vanuste rühmas (joonis 1). Surm saabus keskmiselt 28. haiguspäeval ja oli enamasti tingitud parenhümatoomsete elundite degeneratsioonist (lahangu andmetel). Surma põhjustanud tüsistustest olid esikohal pneumooniad (12 juhtu) ja kardiovaskulaarne insufitsientsus (9 juhtu), kopsuarteri embol (2 juhtu) jt.

Lastel kuni 14 aastani (22,2% haigetest) on kõhutüüfuse kulg üldiselt kergem (kergeid haigusvorme 32,1%, raskeid 10,4%, abortiivseid 6,0%). Täiskasvanutega võrreldes esineb neil vähem retsidiive ja ka tüsistusi, kusjuures viimastest oli esikohal keskkõrvapõletik (33,3%). Ka laste hulgas on suremus kõhutüüfusesse suhteliselt madal (keskmiselt 1,4%).

Paljude haiguste kliinilist kulgu mõjutavate legurite hulgas kuulub teatavasti tähtis koht ka vaktsineerimisele, mispärast püüti ka viimase efektiivsust ja kestust haigusprotsessile võimalust mööda selgitada. Üldse oli kõhutüüfuse vastu vaktsineeritud 47,4% haigetest (täpsemad andmed vaktsineerimiste aja ja annuste kohta puuduvad). Vaktsineerimata haigete võrreldes esines vaktsineerituil küll mõningal määral rohkem kergeid (sealhulgas eriti atüüpilisi) ja vähem raskeid haigusvorme (tabel nr. 1, milles arvud tähistavad protsente), retsidiive ja tüsistusi, milline erinevus aga on nii minimaalne, et ei õigusta veel tegema vaktsiini kaitsetoime kohta järeldusi. Tunduvalt atüüpilisem ja ka kergem on tõve kulg haigetel, keda vaktsineeriti viimase aasta jooksul enne haigestumist. Siit võib järeldada, et vaktsiini toime ei ulatu üle ühe aasta, mida tuleks vaktsineerimiste läbiviimisel arvestada.

Tabel nr. 1

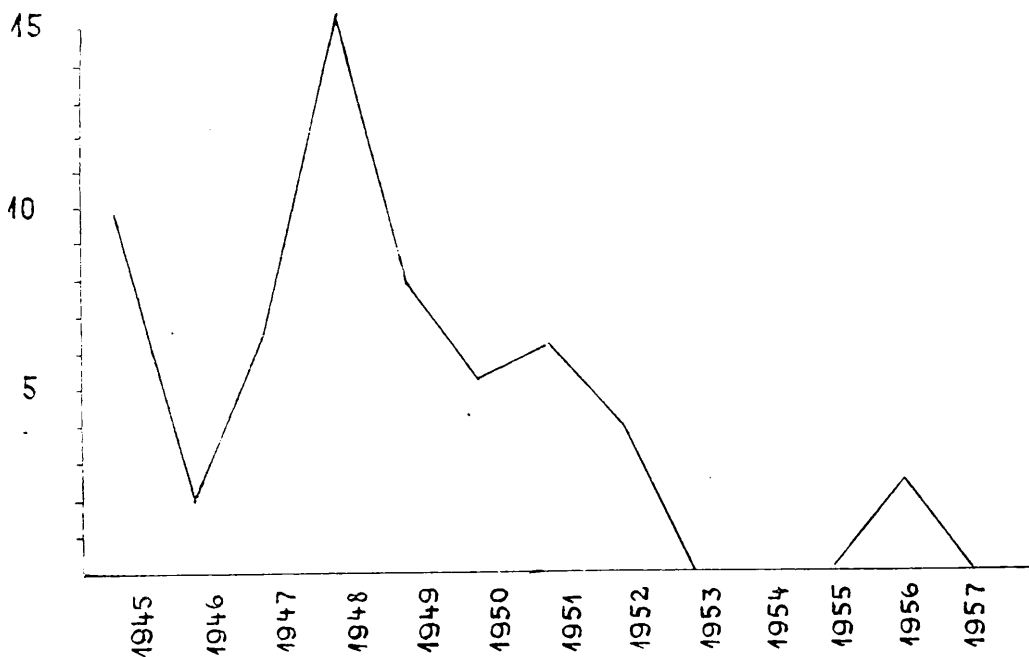
	Kerge	Raske	Atüüpiline
1. Mittevaktsineeritud	22,8	15,4	3,7
2. Vaktsineeritud,	24,0	12,3	6,2
neist 0—1 aasta eest	29,8	10,5	10,5



Joone 2. Kerge ja raske haigusvormide esinemise sagedus protsentides

Kõhutüüfuse kaasaegse bakterioloogilise ja seroloogilise diagnostika taset iseloomustavad järgmised arvud. Haiguse ägedas järgus teostatud verekülvidest (344 analüüsi) oli positiivse leiuga ainult 48,3%. Batsillikandmise kontrollimise eesmärgil teostatud duodenaalmahla bakterioloogilised uuringud (94 analüüsi) andsid 4,3%, väljaheite uuringud (1328 analüüsi) 4,2% ja uriini uuringud (1283 analüüsi) ainult 1,6% positiivseid tulemusi. Widali reaktsioon oli teise haigusnädala algul veel keskmiselt 20—25 protsendil kõhutüüfushaigetest negatiivne (tiiter kuni 1 : 50, viimane kaasa arvatud) ja umbes 11 protsendil haigetest kahtlane (tiiter 1 : 100), mis osal ei muutunudki positiivseks (1948.—1957. a. 7,1%). Negatiivseid ja kahtlasi seroloogilisi reaktsioone andsid rasked haigusvormid sagedamini kui kerged (teise haigusnädala algul 38,7% resp. 30,5%).

Nähtavasti ei ole negatiivsete bakterioloogiliste analüüside rohkus alati siiski tingitud meie diagnostilise meetoodika ja tehnika puudulikkusest. Võib arvata, et osal juhtudest kõhutüüfuse tekitajate kadumine uuritavast materjalist on tõepoolest tegelik, milles näib suurt osa etendavat ravi antibiootikumidega. See nähtub asjaolust, et just viimasel ajal, alates 1953.—1954. aastast, on negatiivsete laboratoorsete analüüside osatähtsus veelgi kasvanud. Näiteks oli 1945.—1951. a. positiivseid väljaheite bakterioloogilisi analüüse 5,8 %, 1952.—1953. a. 6,5 %, 1954.—1957. a. aga ainult 0,7 %. Uriini positiivseid bakterioloogilisi analüüse oli 1945.—1951. a. 2,4 %, 1952. a. 5,7 %, 1953.—1957. a. ainult 0,2 %. Järelikult on antibiootikumide manustamise tagajärjel silmatorkavalt vähenenud akuutne *Salmonella typhosa* eritumine haige väljaheite ja uriiniga. Ühtlasi võib kõhutüüfusehaigetel antibiootikumide toimel kaudselt täheldada ka Widali reaktsiooni hilinemist ja ilmumist tavalisest madalama tiitriga, mis on kooskõlas kirjanduse andmetega (Meyer-Oschatz, 1957, Galitkin, 1958, Heifets, Kamolikova ja Žineva, 1957, Martinek, 1958, Naumann, 1958).



Joon. 3. Suremus kõhutüüfusesse protsentides

Arvestades ülaltoodud tähelepanekuid võib rõhutada järgmist:

1. Kõhutüüfuse diagnoosimise hilinemine ei võimalda haigeid õigeaegselt hospitaliseerida (isoleerida ja ravile suunata), mis omakorda negatiivselt mõjutab haigusprotsessi kulgu ja loob võimalused nakkuse levimiseks. Mainitud puuduste kõrvaldamisele aitaks tunduvalt kaasa see, kui arstid arvestaksid palavikuga haigete juures kõhutüüfuse võimalust senisest rohkem, pööraksid tõsisemat tähelepanu täpsemate anamnestiliste andmete kogumisele ja kasutaksid sagedamini verekülvu.

2. Antibiootikumide rakendamine kõhutüüfuse ravimiseks on üldiselt lühendanud haigusprotsessi kestust ja kergendanud selle kulgu, vähendanud tüsistuste teket ning suremust. Haige paranemise perioodil on silmatorkavalt vähenenud kõhutüüfuse tekitajate eritamine rooja ja uriiniga. Viimastel aastatel (1956, 1957) väärib siiski tähelepanu tüsistuste ja retsidiivide ning raskemate haigusvormide uus sagenemine, mille põhjusi toodud andmetega ei ole võimalik seletada.

3. Kaitsesüstimised kõhutüüfuse vastu seni kehtinud määruste alusel ei ole andnud küllaldast immunoloogilist efekti. Ka haiguse kliinilises kulus väljendub see efekt võrdlemisi nõrgalt, oiles küllalt märgatav ainult samal aastal vaktsineeritud haigete hulgas. Sel põhjusel oleks soovitatav praktiseerida kaitsesüstimisi igal aastal ja nimelt esmajoones nende elanikkonna rühmade hulgas, kes on nakkusele rohkem disponeeritud (vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri 1959. a. käskkirjale). Kaitsesüstimised kõhutüüfuse vastu annaksid paremaid tulemusi, kui hõlmata nimetatud kontingenti vähemalt 50% ulatuses.

4. Kõhutüüfuse leviku piiramiseks tuleb erilist tähelepanu pöörata batsillikandjate kui peamise nakkusereservuaari väljaselgitamisele, samuti sanitaarselgitustööle elanikkonna hulgas. Suurt tähtsust omab ka sanitaarhügieenilist režiimi reguleerivate eeskirjade täielik ellurakendamine ja järelevalve tõhustamine nende täitmise üle.

О брюшном тифе в гор. Тарту

Л. Роотсмяэ

Резюме

В Тартуской клинической инфекционной больнице был проведен анализ 671 истории болезни больных брюшным тифом, находившихся на лечении в 1945—1957 годах.

На основании этого анализа можно сделать следующие выводы:

1. Больных брюшным тифом госпитализируют часто несвоевременно. Это отягчает ход болезни и создает возможность к распространению инфекции. Для устранения этих недостатков необходимо, чтобы врачи при температурящих больных обращали больше внимания на получение более точных анамнестических данных и применяли посевы крови.

2. Применение антибиотиков уменьшает частоту возникновения осложнений и снижает смертность. В период выздоровления значительно уменьшается выделение возбудителей брюшного тифа испражнениями больного. За последние годы отмечается увеличение количества осложнений, рецидивирующих случаев и учащение тяжелых форм заболевания.

3. Проведение предохранительных прививок против брюшного тифа в установленном порядке не дает необходимого иммунологического эффекта. Исходя из этого, рекомендуется проводить прививки против брюшного тифа ежегодно, особенно среди более диспонируемых инфекций групп населения (в соответствии с приказом Минздрава СССР от 1959 г.).

4. Чтобы предупредить распространение брюшного тифа, необходимо особое внимание уделять выявлению бациллоносителей и проводить санитарно-просветительную работу среди населения. Большое значение имеет также проведение в жизнь инструкций, регулирующих санитарно-гигиенический режим.

KOLLAGENOOSIDEST

L. Päi

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, kateedri juhataja kt. arstiteaduse kandidaat L. Päi)

Kollagenooside probleem, olles praegu üheks huvipakkuvamaks küsimuseks sisehaiguste kliinikus, on taas muutunud aktuaalseks sidekoe põhiaine kui funktsionaalselt ühtse terviku uurimisel. Terminit «kollagenoos» hakkas esmakordselt kasutama Klemperer 1941. a., kes käsitles koos Pollack'i ja Baehriga *lupus erythematosus*'e patoloogiat rõhutas selle tõve puhul esinevat sidekoe süsteemset kahjustust, mille iseloomulikumaks tunnuseks on sidekoe fibrinoidne nekroos. Hiljem on samasuguseid muutusi kirjeldatud ka mitmete teiste haiguste puhul.

Probleemi on hakatud uurima eriti alates 1947. aastast. 1953. aastal käsitleti kollagenooside küsimust VIII rahvusvahelisel antireumaatilisel konverentsil Genfis ja 1954. aastal rahvusvahelisel terapeutide kongressil Stokholmis. Sellest ajast alates on see mõiste leidnud koha sisehaiguste kliiniku terminoloogias.

Summeerides kirjanduse andmeid, millest kandvama osa moodustavad Klempereri ja tema kaastööliste uurimused, peab tähendama, et kollagenooside kontseptsioon on esile tõstnud ühiseid jooni teatud haiguste vahel, mis baseeruvad esialgsel ühisel patoloogilis-anatoomilistel muutustel. Mis puutub fibrinoidsesse nekroosi, siis ei loonud Klemperer midagi uut vaid opereeris vana mõistega, mida esmakordselt tarvitas Neumann 1896. a. Sel ajal ei seostatud fibrinoidset nekroosi mingi kindla nosoloogilise mõistega. 1929. a. kirjeldas V. T. Talalajev samalaadseid muutusi seoses reumaga. Klinge (1934) ja Rössle (1933) pidasid fibrinoidset nekroosi allergilise põletiku morfoloogiliseks väljenduseks, kuid too-kord leidis see seisukoht kirjanduses tõsiseid vastuväiteid. Mitu autorit, nende hulgas V. P. Koza, M. S. Zeman ja paljud teised, eitasid spetsiifilise histomorfoloogilise pildi olemasolu allergiliste reaktsioonide puhul. Viimast seisukohta tõestas ka Albertini 1954. a.

Praegu käsitatakse fibrinoidset nekroosi kui mittespetsiifilist patoloogilis-anatoomilist sümptoomi, mis esineb mitmesuguste haiguste puhul. Selle nähu juures näeme sidekoe põhiaine tursumist, kollageensete kiudude paksenemist, desorganisatsiooni, mille taustal tekivad nekroosikolded, kuhu ladestuvad amorfseid massid, mis histoloogiliselt värvuvad fibriini taoliselt ja mida selle tõttu nimetatakse fibrinoidiks.

Nekroosikollete ümber tekivad ümararakulised infiltraadid. Sidekoe muutustega käivad käsikäes ka muutused veresoonte seintes, mis tabavad eeskätt kapillaare ja prekapillaare, tekitades süsteemse vaskuliidi pildi.

Fibrinoidi olemuse kohta pole käesoleva ajani ühtset seisukohta, mistõttu tuleb piirduda, nagu seda teeb A. I. Strukov, arvamuste loetlemisega: 1) fibrinoid tekib fibriini ladestumisel koes, 2) fibrinoid tekib kollageenist, 3) fibrinoid tekib amorfsest põhisubstantsist, 4) fibrinoid on desoksüribonukleiinhappe jääk. Võib olla tuleks mõningal määral eelistada esimest seisukohta, arvestades Jean de Brux' küllaltki eksaktseid uurimusi.

A. J. Nesterov toonitab, et sidekude peab vaatlema Bichat' eriti aga A. A. Bogomoletsi tööde valguses füsioloogilise süsteemina, millel on väga mitmekülgsed ja elutähtsad funktsioonid. Tänu oma labiilsusele etendab ka sidekoe põhiaine tähtsat osa organismi intermediaar-ainevahetuses (A. I. Smirnova-Zamkova). Sidekoe põhiaine koostise tähtsaimateks osadeks on happelised mukopolüsahhariidid — hüaluroonhape ja kondroitiinväävelhape. Nende hapete eriomaduseks on kerge polümerisatsioon ja depolümerisatsioon. Fermentide süsteem hüaluronidaas-antihüalouronidaas, mida leidub kõikjal kudedes, reguleerib põhiaine kolloidolekut, põhjustades vastavais tingimuses nende ühendite depolümerisatsiooni ja polümerisatsiooni. Seoses sellega muutub kudede permeaabelsus ja ainevahetuse intensiivsus. Kollagenooside puhul esinevad eelpoolmainitud põhjustel ainevahetuse häired, mis viivad fibrinoidsele nekroosile omaste destruktiivsete muutuste tekkeni. Kuid destruktiooni tekkes omavad tähtsust ka teised mehhanismid. Neist väärib tähelepanu komplekssete valguühendite tekkimine sidekoes, mis põhineb sidekoe mukopolüsahhariidide võimel valguga kergesti ühineda (K. G. Smirnova). Need ühendid tekivad kergemini sellepärast, et kollagenooside puhul esineb düsproteineemia (Ehrich). Tekib rohkesti immuobioloogiliselt mitteväärtslikke gammaglobuliine ja fibrinogeeni — nn. ballastglobuliine. Need reageerivad kollageeniga. Organismile mitte-

omasel valgul võib olla ka antigeenseid omadusi sidekoe suhtes ja see võib muutuda nn. autoantikehaks (autoksiinid Jimenez-Diaz), soodustades omalt poolt sidekoe destruktiooni.

Ülaltoodu pole kaugeltki täielik kollagenooside puhul tekkivate sidekoe muutuste loetelu, kuid ka see näitab, et muutused võivad tekkida kergesti ja mis peamine — mehhanismid on sellised, et need võivad vallanduda mitmesugustel põhjustel seejuures ka olukorras, kui organism ei ole mikroobidest või viirustest nakatatud.

Praegusel ajal puuduvad kindlad kriteeriumid kollagenooside rühmitamiseks. Mõned autorid (R. Lutenbacher ja A. Policard) rõhutavad, et haiguste rühmitamine patoloogilis-anatoomilise pildi järgi, arvestamata kliinilist pilti ja biokeemilisi muutusi, on teataval määral meelevaldne ja põhjustab paljude eri haiguste liigitamist ühte gruppi. On kujunenud seisukoht, mille kohaselt kollagenooside hulka kuuluvaiks loetakse järgmised haigused: 1) *Lupus erythematosus disseminatus*, 2) *dermatomyositis*, 3) *scleroderma*, 4) *polymyositis progressiva*, 5) *periarteriitis nodosa*, 6) *polyarthritis infectiosa*, 7) *rheumatismus verus*, 8) sepsis, 9) heinapalavik. Selline liigitus on veel diskuteeritav. J. M. Tarejev pooldab kollagenooside jagamist nn. suurteks ja väikesteks. Suurte kollagenooside hulka kuuluvad viis esimest, ülejäänud on nn. väikesed kollagenoosid, mille kulus sidekoe iseloomulikud muutused ei oma nii suurt erikaalu kui esimeste puhul. Nagu väidab J. M. Tarejev, pole kollagenooside patogeneesi üksikuid lülisid ammendavalt uuritud ning neid kõiki on raske asetada ühte skeemi. Klinitsisti seisukohalt võib kollagenoosi vaadelda kui laialdast mittespetsiifilist reaktsiooni, mis on polüetioloogiline ja mittenakkuslik kitsamas mõttes. Selle reaktsiooni ühel poolusel on rasked muutused, nagu mitmesuguste organite väärustused, kahheksia, teisel poolusel funktsionaalsed häired, nagu Reynaud' tõbi, nõgestõbi, angio-neurootiline turse (J. M. Tarejev).

Kollagenooside tekkepõhjuste kohta on toodud rida teooriaid, mis ei ole veel igakülgset põhjendatud ning leiavad rohkesti vastuväiteid. Kuid vaatamata sellele, et me ei saa praegu nimetada kollagenoosi otse-seid põhjusi, võib märkida nende haigestumiste esinemise näilikku seost äsjapõetud infektsiooniga. See seos pole veel üldiselt tunnustatud, kuid nähtavasti väärrib tõsist tähelepanu. Peale mainitud seose võib täheldada kollagenooside puhul ka seost hormonaalse tasakaalu häiretega, arvestades nende haiguste sagedamat ilmumist puberteedi või klimakteeriumi perioodil.

Kollagenooside rühma kuuluvad haigused omavad küllaltki erinevaid kliinilisi pilte, mis on üldiselt tuntud, kuid vaatamata nende erinevusele võib esile tõsta järgmisi ühiseid jooni: 1) haiguse kulg on tavaliselt visa, retsidiveeruv, retsidiivid võivad olla väga ägedad, eriti dissemineeritud erütematoidse luupuse puhul. Haigus ei reageeri antibiootikumidele; ravimitena, mis annavad ajutisi tulemusi, tulevad kõne alla steroid-hormooni preparaadid; 2) enamikul juhtudest esineb liigete afektsioon, varieerudes polüartralilisest sündroomist kuni deformeeruva polüartriidini; 3) lihastevalu on sagedane, kuid esiplaanil on see polümüosiidi puhul; 4) nahamuutused on sagedamaks sümptomiks, millele juhiavad tähelepanu kõik kollagenooside probleemiga tegelevad autorid. Nahk võib muutuda siledaks, läikivaks, kõvaks, nahaalune kude on tur sunud, või vastupidi, nahk muutub atroofiliseks, tekivad pigmentatsioonid või teised lokaalsed nähud, nagu erütematoidse luupuse puhul; 5) sise-elundites esineb terve rida muutusi: a) sageli ilmneb haigel seroosete kelmete afektsioone serofibrinoosete pleuriitide ja perikardiitide näol. Tavaliselt ei esine ulatuslikke vedeliku kogumeid. Tihti võib leida samaaegselt pleura afektsiooniga ka tugevat bronhiiti; b) kopsus võib röntgenoloogiliselt sedastada vaskuliidist tingitud tugevnenud vaskulaarset joo-

nist; c) esinevad kardiovaskulaarse dekompensatsiooni nähud, mis on tingitud südamelihase kahjustusest; d) maksa talitlus on sageli häiritud, maks võib olla valulik, suurenenud; e) neerude talitluse häirete näitajana esineb albuminuuria, mikrohematuuria, vahetevahel isostenuuria. Kõige ekstreemsemalt ja peaaegu sünkrooniliselt esinevad mainitud nähud selliste ägedate klassikaliste kollagenooside puhul, nagu *lupus erythematosus* ja *dermatomyositis*. Sageli võivad sümptoomid olla vähe täheldatavad ning ühe, näiteks liigese afektsiooni tugeval domineerimisel võivad teised puududa. Tähelepanu väärivad ka haigusjuhud, mille kulus esineb kollagenoosidele omaseid jooni, kuid kus kliinilise pildi ebamäärasuse tõttu ei saa diagnoosida kollagenoosi konkreetset vormi. Nende haiguste kohta soovitab J. M. Tarejev terminit «kollagenooside üleminekuvormid», L. J. Jevleva ja I. L. Silidi tarvitavad siin väljendit «kollagenooside diferentseerimatud vormid».

Kollagenooside sümptoomid kombineeruvad omavahel sündroomideks. J. M. Tarejev toob esile järgmisi tüüpilisemaid sündroome: 1) nahaliha- ja liigestesündroom (skleroderma, müosiit, artriit), 2) bronhi-kopsu- ja pleurasündroom (bronhiit, väikesekoldeline pneumoonia, pleuriit), 3) veresoontesündroom (vaskuliit), 4) südamesündroom (endokardiit, müokardiit), 5) neeru-, maksa- ja põrnasündroom (koldeline nefriit, väärasus).

Nii võib näha, et kollagenooside kliinik, ehkki väga mitmekesine omab teatavaid reeglipärasusi, mis näitavad sellesse gruppi kuuluvate haiguste omapära.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas on 1957. ja 1958. a. vältel nn. suurte kollagenooside diagnoosiga ravil viibinud 5 haiget. Neist 1 haige süsteemilise erütematoidse luupuse, 3 dermatomüosiidi ja üks haige diferentseerimata kollagenoosi pildiga.

Kõik haiged olid naised. Haiguse algus langes kõigil juhtudel puberteedi- või klimakteeriumilähedasele perioodile. See kinnitab B. M. Prozorovski ja tema kaastöölise tähelepanekuid kollaskeha hormooni tähtsusest kollagenooside tekkimisel.

Kolmel patsiendil esines fokaalinfektsiooni kolle: ühel juhul oli tegemist pikemat aega kestnud keskkõrvapõletikuga, teisel — hambajuurte rohkete granuloomidega ning karioossete hammastega, kolmandal kroonilise angiiniga. Kahel patsiendil võis sedastada aastaid kestnud polüartralgiat enne haiguse algust.

Kõik patsiendid põdesid pikka aega ja olid korduvalt kliinikus retsiidiividega. Kõige kauem jälgiti haiget J. P. (vaheaegadega 1027 päeva), teisi haigeid jälgiti 132—194 päeva.

Viiest haigest paranes 1, haiglast lahkus suhteliselt remissiooni seisundis 1, suri 3, neist 1 väljaspool kliinikut. Mõlemal juhul kinnitas patoloogilis-anatoomiline leid kliinilist diagnoosi.

Kollagenoosi diagnoos püstitati tüüpiliste anamnestiliste andmete ja kliiniliste sündroomide põhjal.

Näitena toome väljavõtteid mõnedest haiguslugudest.

1) Haige E. N., 46 a. vana, põllutöölaine.

Saabus kliinikusse 5. aug. 1958. a. saatediagnoosiga *polyarthritis rheumatica*. Kaebas valu õla-, küünar-, randme-, põlve-, hüppe- ja sõrmeliigestes. Haigestus 1958. a. aprillis, jaoskonnaarst ravis haiget salitsüülhappe preparaatidega ja päramidooniga. Haige suunati kliinikusse haiguse progresseerumise tõttu. Tema elu-anamneesis eriliselt kahjustavaid faktoreid ei õnnestunud leida, samuti varempeetud haiguste osas. Vastuvõtmisel täheldati mõõdukaid turseid liigestes ja mõõdukat liblikataolist näo hüperemiat ilma naha muutusteta. Muudes süsteemides eriliselt kõrvalkaldumisi ei leitud. Vastuvõtudiagnoos oli *polyarthritis infectiosa*.

Haiglasviibimise esimesel nädalal tekkisid kõrge temperatuur, higistamine, väga tugev nõrkus, valud liigestes ja bronhiidi tugevad nähud. Penitsilliin ja streptomütsiin haiguspilti oluliselt ei mõjustanud. Hiljem tekkis iseeneslik remissioon. Uus ägenemine tekkis 4 nädalat hiljem, mil leidis aset mõõdukas pleuriit, vähese

röntgenoloogiliselt ja perkutoorselt sedastatava vedeliku kogunemisega pleuraõõnde. Haige kaebas ka valusid maksapiirkonnas ja see ulatus 3 ristsõrme võrra allapoole roietekaart. 11 päeva hiljem tekkisid perikardiidinähud. Selle tõttu esinesid tugev perikardi hõõrumise kahin ja iseloomulik röntgenoskoopiline leid. Liigesenähud ei intensiivistunud, haige oli jõuetu, nahk muutus atroofiliseks. Kortisooni manustamine doosides 150 mg ööpäevas koos 10 ühiku AKTH-ga mõjutas soodsalt haiguskulgu ja 1½ nädala jooksul perikardiidinähud kadusid. Temperatuur muutus subfebriilseks, kuid jõuetus, raske üldseisund, kõrge SR ja muutused verevalgu valemis ei kadunud, samuti ka nähud maksas.

Nahalihaspreparaadi biopsia näitas kollageenkiudude paksenemist. Samuti leiti veres LE rakke +. Pärast 161. haiguspäeva seisund veidi paranes ja haige suunati ajutiselt kohalikku haiglasse järelraviks.

Kirjeldatud juht on huvitav selle poolest, et infektsioosse polüartriidi puhul tekkisid vistisearse kollagenoosi nähud otseselt arsti silma all, kusjuures liigesenähud ei progresseerunud.

2) Haige A. T. 57. a. vana, pensionär. Haigus algas klimakteeriumi ajal subfebriilsete temperatuuridega ja üsna tugevate valudega lihastes. Hiljem kaasnesid ka liigestevalud, nahk, eriti sõrmedel, muutus paksuks, läikivaks. Biopsia oli iseloomulik kollagenoosile. Raviti antibiootikumidega (penitsilliin ja streptomütsiin), sest haigel leiti granulome hammaste all. Ravi ei andnud efekti. Ekstraheeriti hambad ja rakendati AKTH-i 8 ühikut ööpäevas intravenoosselt 30 päeva jooksul. Haige lahkus haiglast paranenult. Hiljem (1½ ja 1 a. vaheaja järele) kontrollides patsient oli terve.

See haigusvorm, mida kirjeldasid Chini ja Malaquzzi esineb klimakteeriumi ajal, omades mõningaid oraalse sepsise sümptomeid. Kulgeb tüüpilise kollagenoosina (meie juhul dermatomüosiidina) ja on hea prognoosiga alludes hormoonteraapiale.

Meil kasutada olnud materjal võimaldab täheldada nn. väikese kollagenoosi üleminekut suureks. Ühtlasi võib märkida fokaalinfektsiooni kõigil haigetel, mis võib vihjata selle osatähtsusele haiguse tekkimisel.

Haigusjuhtude analüüsist nähtub, et kollagenooside diagnoosi püstitamine tekitab raskusi. Seepärast tuleb kasutada abiuringuid, millistest tähtsamad on naha ja lihase histoloogiline uurimine ja LE test.

Tehes kokkuvõtet meil kasutada olnud literatuurist ja kliinilistest tähelepanekutest võib ütelda, et kollagenooside, eriti nn. suurte kollagenooside probleem väärib kahtlemata tähelepanu. Ehkki nende haiguste eraldamine omaette rühma ei ole küllalt kindlapiiriline patoloogilis-anatoomilise ja biokeemilise aluse mõninga tinglikkuse tõttu, on see praktilise meditsiini seisukohalt end õigustanud ning vajab edaspidist uurimist ja täpsustamist.

Seoses mainitud probleemiga võidakse küsida kuivõrd kollagenooside kontseptsioon võib mõjutada ravimist ja diagnooside püstitamist kõneall olnud haiguste puhul. Tuleb tähendada, et mõiste «kollagenoos», olles liiga üldine, ei või olla kliiniliseks diagnoosiks konkreetse haiguse puhul ja diagnoos tuleb igal üksikul juhul asetada vastavalt olemasolevale haiguste nomenklatuurile.

Ravi osas aga on kollagenooside kontseptsioon sammuks edasi, sest see avab tee sidekoe mõjutamiseks ja näitab, et paljude seisundite puhul, mis väliselt sarnanevad sepsisega, ei ole ravi antibiootikumidega piisav või ei anna tulemusi, olles üksikutel juhtudel isegi kahjulik.

Seega näeme, et kollagenooside eriti nn. suurte kollagenooside uurimine aitab sügavamini mõista ja ravida seni vähetuntud ning uurimata segaseid haigusvorme.

О коллагенозах

Л. Пяй

Резюме

Коллагенозы в настоящее время являются одним из актуальных вопросов в клинике внутренних болезней. При коллагенозах наблюдается нарушение обмена веществ, которое приводит к деструктивным изменениям, свойственным фибриноидным некрозам. При возникновении деструкции имеют значение и другие причины, из которых заслуживает внимание возникновение в соединительной ткани комплексных белковых соединений, не свойственных организму.

В настоящее время к коллагенозам относят следующие заболевания: *Lupus erythematodes disseminatus*, *dermatomyositis*, *sclerodermia*, *polymyositis progressiva*, *periarteriitis nodosa*, *polyarthritis infectiosa*, *rheumatismus verus*, сепсис и септическую лихорадку. Некоторые авторы подразделяют коллагенозы на большие и малые. При малых характерные изменения соединительной ткани не имеют такого высокого удельного веса, как при больших.

Понятие «коллагеноз» как слишком общее, не может быть названием болезни. Диагноз должен быть поставлен в каждом конкретном случае в соответствии с существующей номенклатурой заболеваний. В области терапии концепция коллагенозов может в дальнейшем открыть пути воздействия на соединительную ткань. При многих состояниях коллагенозов, похожих на сепсис, лечение антибиотиками не дает результатов и в некоторых случаях может быть даже противопоказано.

Gripi epidemioloogilistest iseärasustest ja etioloogiast Tallinnas 1957.—1959. a.

Arstiteaduse kandidaat

A. Karapetjan

1957. a. jooksul registreeriti mõnedes Tallinna kollektiivides rida gripipuhanguid. Haigestumised sagenesid aprillikuus, kus kahe nädala jooksul ühel territooriumil asuvas kolmes kollektiivis haigestus grippi 138 inimest. Hiljem tekkisid veel mõned väiksemad puhangud hajutatud kollektiivides. Aprillist kuni augustini registreeriti kokku 20 puhangut. Selle perioodi haigestumise kordelisus moodustas 62%. Iga puhangu ajal haigestus 10—30 inimest ning ainult ühes kollektiivis haigestus grippi 51 inimest. Haigestunute protsent nakkuskolletes ulatus 30—40, ning mõnedes üksikutes kollektiivides haigestus 50—60% isikutest.

Seega iseloomustas haigestumisi kaunis kõrge kontagioossus ja üksikute kollete võrdlemisi väikene ulatus. Nakkusallikateks olid enamasti teistest rajoonidest saabunud inimesed.

Kordelised haigestumised jätkusid kuni augustikuuni. Hiljem registreeriti kahe kuu jooksul ainult sporaadilisi gripijuhte. Oktoobrikuu algul hakkas haigestumus uuesti tõusma. Oktoobri- ja novembrikuu jooksul ületas gripijuhtude arv kevadel ja suvel esinenud juhtude arvu 3 korda (joon. 1.).

Sügisese puhangu kontagioossus oli kõrgem ja selle levik üksikutes kolletes võrdlemisi laialdane. Selle perioodi kordelisus moodustas 71%. Kahe kuu jooksul täheldati enam kui 30 kollet. Haigestunute arv ulatus mõnes kollektiivis kuni 50—70, ühes koldes aga 232 juhuni. Hõlmavuse protsent nakkuskolletes oli mõnevõrra kõrgem kui kevadise ja suvise puhangu ajal ning tõusis 40—50-ni, mõnedes väikestes kolletes aga 60—70-ni. Nakkusallikaks sügisese puhangu ajal oli organiseerimata elanikkond, kelle hulgas septembrikuu lõpul algas gripi epideemiline levik.

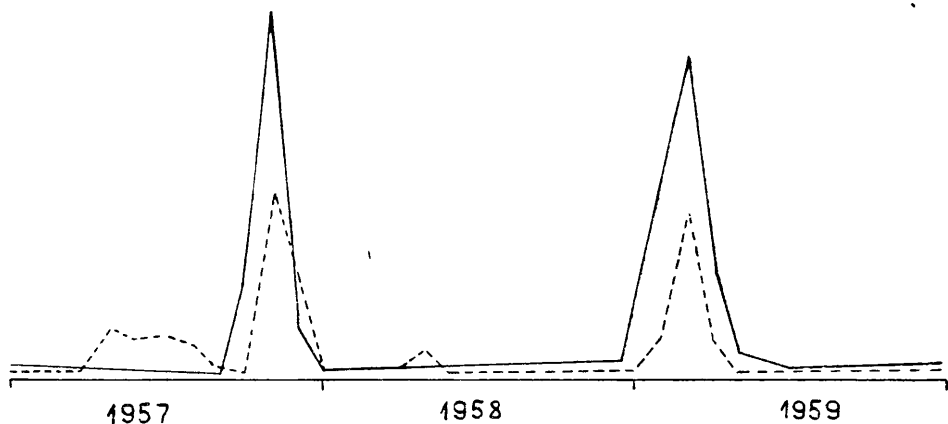
Nagu nähtub joonisest 1 oli organiseerimata elanikkonna hulgas registreeritud gripijuhtude arv tunduvalt kõrgem kui haigestumus organiseeritud kollektiivides. Organiseerimata elanikkonna hulgas oli puhang intensiivsem ja elanikkonna haigestumus suurem. Juba oktoobrikuu I dekaadil tõusis haigestumine maksimaalse tasemeni. Võrreldes septembrikuu I dekaadiga suurenes haigusjuhtude arv 47 korda. Haigestumuse vähendamist täheldati alles detsembri I dekaadil. Haigestumuse järsk tõus oli nähtavasti tingitud sellest, et elanikkonna immuunsus oli puhangu momendil madal. Samal ajal oli aga organiseeritud kollektiivides tekkinud kevadise ja suvise puhangu tagajärjel teatud immuunne vahekiht. Seoses sellega on huvitav märkida, et haigestumise korduvaid juhtumeid 1957. a. meie poolt vaadeldavates kollektiivides ei esinenud.

Peale selle võib suhteliselt väikest haigestumisuhtude arvu organiseeritud kollektiivides seletada ka täielikumate profülaktiliste ja epi-deemiatorje abinõude kompleksi rakendamisega.

Pärast suhteliselt madalat haigestumist 1958. a. tõusis gripijuhtude arv 1959. a. Tallinnas järsult. Üheaegselt haigestumuse tõusuga organi-seerimata elanikkonna hulgas tekkisid ka väikesed puhangud organi-seeritud kollektiivides. Vaatamata teatud arvule immuunsetele isikutele pärast 1957. a. põetud grippi, levis haigus võrdlemisi kiiresti.

1959. a. gripipuhangut iseloomustas äkiline algus otsekohe pärast haigestumuse tõusu teistes rajoonides. Kuude kaupa oli grippi haigestu-mine 1959. a. mõnevõrra madalam kui 1957. a. (joon. 1).

Üksikute kollete ulatus oli umbes sama. Haigete arv kollektiivides kõikus 15—20 kuni 100—150 inimeseni. Hõlmavuse protsent nakkuskolle-tes ei ületanud 30—40. Vaatamata sellele, et enne gripilaine algust 1959. a. oli umbes 50% mõnede kollektiivide koosseisust 1957. a. põde-nud A₂-grippi, erines laine pinge 1959. a. vähe 1957. a. puhangust.



Joon. 1. Gripijuhtude arv Tallinnas. Katkendlik joon — organiseeritud kollektiivides, pidev — organiseerimata kollektiivides.

1957. a. puhangu ajal iseloomustas gripi kliinilist pilti peamiselt haiguse kerge kulgu, kuigi oli ka keskmise raskusega vorme. Palavik püsis tavaliselt 2—3 päeva. Kehatemperatuur tõusis 37,5–38°-ni ning ainult osal haigetel kuni 39°-ni. Katarraalsed nähud kas puudusid või esinesid nõrgalt. Tavaliselt kaebasid haiged peavalu, nõrkust, lihastevalu ja isupuudust. Osal haigetel oli temperatuurikõver kahelaineline. Mõnel juhul esinesid seedimiseldundite talitluse häired. Tüsistusi pneumooniate näol oli võrdlemisi vähe. Surmajuhtumeid ei esinenud. Keskmise voodipäevade arv oli 5—6.

Meie tingimustes kuulusid hospitaliseerimisele kõik raskete ja tüsistunud gripivormidega haiged. Rõhuval enamikul juhtudest isoleeriti haiged selleks kohandatud ruumidesse.

Retrospektiivse diagnoosimise mõttes uuriti 1957. a. aprillist kuni augustini seroloogiliselt gripihaigete paarisserumeid 70 juhul. Gripi-viiruse A₁-tüüpi leiti 19, A-tüüpi 4, B-tüüpi 5 ja segatüüpi 9 juhul.

Nagu esitatud andmetest nähtub, oli A ja A₁ antikehade keskmine tiiter haigestumise algul võrdlemisi madal, B-viiruse antikehade tiiter aga võrdlemisi kõrge.

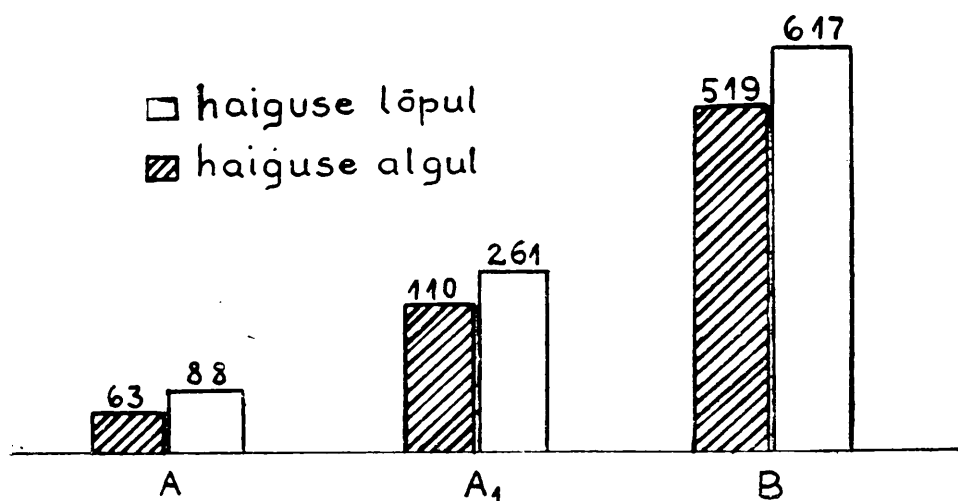
Võrreldes paarisserumite uurimise tulemusi võib märkida, et gripi antikehade hulk tõusis rohkem A₁-viiruse puhul (2,4 korda).

Seoses sellega peab mainima, et 1957. a. gripipuhangute ajal oli hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni väärtus mõnevõrra madalam.

1959. a. teostati hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni pärast seerumi töötlemist kooleravibriooni filtraadiga.

1959. a. jaanuarist kuni aprillini uuritud 86 paarisseerumist saadi positiivseid tulemusi A-viiruse suhtes 8 juhul, A₁ suhtes 3, A₂ — 23, B-viiruse suhtes — 15, A₁ ja A suhtes koos — 3, A₂ ja B suhtes koos — 11 juhul.

Joonisel 3 on esitatud 86 paarisseerumi antikehade keskmised tiitrid. Nagu andmetest nähtub, oli puhangu algul antikehade keskmine tase A₂-viiruse suhtes võrdlemisi madal. See tiiter tõusis mõnevõrra haiguse lõpul, kuid jäi siiski palju maha B-viiruse antikehade tiitrist. Vaatamata A₂-gripi puhangule 1957. a., oli antikehade tiiter A₂-viiruse suhtes haigete seerumis võrdlemisi madal, mis kõneleb A₂-tüve madalatest immunogeensetest omadustest. Seega nähtavasti seletubki A₂-gripi epideemia tekkimine, olgugi et rööbiti A₂-viirusega tsirkuleeris 1959. a. ka B-viirus.



Joon. 2. Antikehade tiiter viiruse suhtes

Peale gripipuhangu epidemioloogiliste erinevuste ja seroloogiliste nihete uurimist haigetel toimus rida virusoloogilisi uurimusi, mille meetodika oli järgmine: haigetele asetati ninakäikudesse 30—40 minutiks kuivad steriilsed vatitampoonid. Pärast tampoonide eemaldamist asetati need katsutisse, kus oli 0,5 ml puljongit ja saadeti spetsiaalsetes termos-tes laboratooriumi. Pärast tampoonide hoolikat väljapigistamist lisati puljongile skalpelli otsaga penitsilliini ja streptomütsiini. Vedelikud hoiti ühe tunni jooksul külmutuskapis. Pärast seda toimus materjali edasikülv. Uuritav materjal viidi 10- kuni 11-päevaste kanaembrüote amnioni õõnde. Nakatatud kanamunade inkubeerimine toimus 48 tunni jooksul 34—35° juures. Pärast embrüote avamist ja amnioni vedeliku kogumist kontrolliti viimast gripiviiruse leidumise suhtes hemaglutinatsioonireaktsiooni abil. Selleks kasutati kanade üheprotsendilist erütrotsüütide suspensiooni.

Umbes pool eraldatud gripiviirustest avastati esimese passaaži ajal, ülejäänud viirused andsid hemaglutinatsiooni pärast teist passaaži. Kõikidel eraldatud tüvedel oli esialgu madal hemaglutinatsiooni tiiter —1:2, 1:8 ja alles pärast mitut passaaži tõusis tiiter 1:320, 1:1280.

1957. a. eraldasime nina loputusvedelikust 26 gripiviiruse tüve, nende iseloomustus on toodud tabelis 1.

Tabel 1

1957. a. eraldatud gripiviiruste karakteristika

Järjek. nr.	Tüvede nr.	Viiruse tüüp	Eraldamise kuupäev	Hemagl. rkts. tiiter eraldamise puhul	Hemagl. rkts. tiiter pärast korduvaid passaaže	Järjek. nr.	Tüvede nr.	Viiruse tüüp	Eraldamise kuupäev	Hemagl. rkts. tiiter eraldamise puhul	Hemagl. rkts. tiiter pärast korduvaid passaaže
1	251	A ₁	20.4	1:2	1:512	14	374	A ₁	23.5	1:8	1:320
2	270	C	23.4	1:2	1:256	15	375	A ₁	23.5	1:4	1:160
3	274	A ₁	23.4	1:1	1:1024	16	376	A ₁	23.5	1:4	1:2560
4	281	A ₁	23.4	1:2	1:16	17	298	A ₁	14.6	1:2	1:128
5	285	A ₁	25.4	1:8	1:32	18	406	A ₁	19.6	1:4	1:320
6	253	A ₁	18.5	1:2	1:64	19	408	A ₁	19.6	1:8	1:640
7	354	A ₁	18.5	1:2	1:128	20	485	A ₂	2.11	1:4	1:160
8	355	A ₁	18.5	1:2	1:64	21	491	A ₂	2.11	1:2	1:1280
9	362	A ₁	18.5	1:2	1:32	22	494	A ₂	2.11	1:1	1:640
10	363	A ₂	18.5	1:2	1:2560	23	497	A ₂	12.11	1:2	1:160
11	365	A ₁	18.5	1:2	1:640	24	500	A ₂	12.11	1:4	1:640
12	366	A ₁	18.5	1:2	1:320	25	507	A ₂	25.11	1:2	1:160
13	368	A ₁	18.5	1:2	1:640	26	508	A ₂	25.11	1:2	1:80

Toodud andmetest nähtub, et 1957. a. kevadsuvisel puhangu ajal eraldati 17 A₁-viiruse tüve, üks A₂-viiruse tüvi ja üks C-viiruse tüvi. Sügisel puhangu ajal eraldati 7 A₂-viiruse tüve.

Meie materjalid lubavad oletada, et gripipuhangud mõnedes Tallinna kinnistes kollektiivides 1957. a. kevadel ja sügisel olid põhjustatud ühe ja sama, A₁-tüübile lähedase viiruse poolt, mis hiljem loomuliku muutlikkuse protsessis formeerus uueks A₂-variandiks.

Seda oletust kinnitavad epidemioloogiliste tähelepanekute andmed: nimelt üksikute kollete ligikaudu ühesugune arenemine ja kulg, korduvate haigestumiste ja korduvate puhangute puudumine ühes ja samas kollektiivis.

Paarisseerumite seroloogilise uurimise tulemused näitasid, et 1957. a. puhangu ajal tõusis kõige enam A₁-viiruse antikehade hulk, mis viitab kas A₁-viiruse või selle variandi osavõtu võimalusele puhangutest.

Eraldatud tüvede hemaglutinatsiooni uurimise puhul saadud andmed näitavad samuti, et 1957. a. puhangu põhjustasid antigeenne struktuuri poolest lähedased viirused.

1959. a. 16. jaanuarist kuni 7. märtsini eraldasime ninavedelikust 51 gripiviiruse tüve. Pärast tüpiseerimist liigitati 47 tüve A₂-viiruse hulka, 3 tüve B-viiruse ja 1 tüvi D-viiruse (eraldati lastekollektiivist) hulka.

Virusoloogilised uurimised näitasid, et 1959. a. algul põhjustas gripipuhangu meie poolt vaadeldavates kollektiivides peamiselt A₂-viirus. Kolmes kollektiivis osutus etioloogiliseks agensiks B-viirus. Peab mainima, et nendes kollektiivides esines üksikuid haigestumisi, mida õnnestus võrdlemisi kiiresti likvideerida.

Lõpuks peatume veel mõnede gripi profülaktika küsimuste juures.

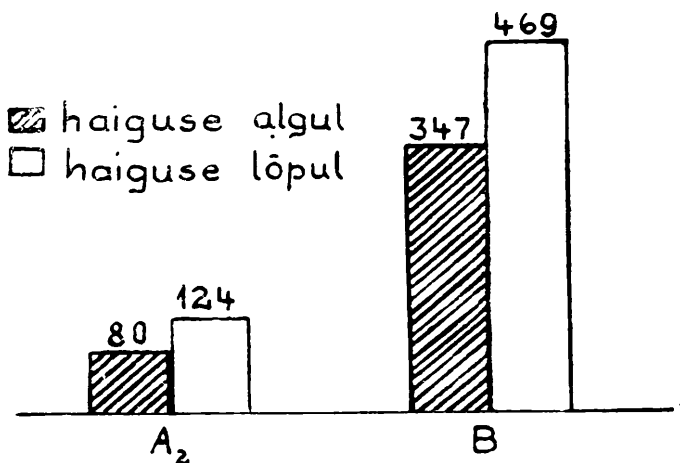
1959. a. puhangu ajal kasutati profülaktika ja ravi otstarbel laialdaselt kuiva mitmetüüpilist gripiseerumit. Raviastutustes ja vahetult kollektiivides toimunud vaatlused näitasid, et sellel preparaadil puudub

küllaldane ravi- kui ka profülaktiline efekt. Ainult mõnede arstide tähelepanek näitas, et seerumi suurte annuste (2—3 g) sissehingamine haigestumise esimestel tundidel aitas haigust vältida. See aga ei lase teha mingeid järeldusi, vähese arvu tähelepanekute ja haigete kontrollrühma puudumise tõttu.

1959. a. jätkus kuiva elusa allantoisivaktsiini efektiivsuse uurimine. Immuniseeriti 11 480 inimest, immuniseerimata jäi 5170 inimest. Üldse oli vaatluse all 16 650 inimest.

Immuniseerimine toimus 15. novembrist kuni 15. detsembrini 1958. a. Vaktsiini viidi ninasse silmapipetiga üks kord 0,5 ml.

Vaktsineeriti 19—23 aasta vanuseid isikuid. Kollektiivid, kus 1957. a. esines rõhkesti haigestumisi, mida põhjustas A₂-viirus, immuniseeriti B-viiruse vastu toimiva vaktsiiniga. Kollektiive, kus grippi haigestumine oli 1957. a. madal, immuniseeriti A₂-vaktsiiniga.



Joon. 3. Antikehade keskmine tiiter viiruse suhtes

Osa isikuist vaktsineeriti korraka A₂- ja B-vaktsiiniga.

Igal vaktsineeritute rühmal arvestati vaktsiini manustamise reaktsiooni. A₂-vaktsiin ei olnud reaktogeenne. B-vaktsiiniga vaktsineerituid täheldati 1—4 patsiendil vaktsineerituid nõrka reaktsiooni temperatuuri tõusu näol 37,7°. Esinesid ka kerged katarraalsed nähud ülemistes hingamisteedes. Keskmise raskusega reaktsiooni täheldati 0,2 protsendil lühiajalise temperatuuri tõusu näol kuni 38°.

A₂-vaktsiiniga vaktsineeriti 5640 inimest, B-vaktsiiniga — 5300 ning A₂- ja B-vaktsiiniga — 540 inimest.

Tabelis 2 tuuakse andmeid gripivastase vaktsineerimise epidemioloogilisest efektiivsusest.

Tabel 2

Gripivastase vaktsineerimise efektiivsusest

Vaktsiini tüüp	Vaktsineeritute üldarv	Haigestunute arv	Haigestumise protsent	Efektiivsus
A ₂	5640	744	13,2	1,37
B	5300	571	10,8	1,7
A ₂ , B	540	200	37,0	0,5
Kontroll	5170	940	18,2	—

Olulist erinevust gripi kliinilises pildis vaktsineeritute rühmas ja kontrollrühmas meie ei täheldanud.

Toodud andmetest nähtub, et gripivastase vaktsineerimise epidemio- loogiline efektiivsus oli kõikides immuniseeritud rühmades võrdlemisi madal. Efektiivsuse koefitsient oli alla 2.

Ülaltoodu põhjal arvame, et gripi spetsiifiliste profülaktika- ja ravi- meetodite efekt oli meie oludes väike.

Gripikolletes rakendati üldisi gripi levikut piiravaid desinfektsiooni ja sanitaarhügieenilisi abinõusid.

Kõikidele raviuasutustesse paigutatud haigetele manustati haiguse esi- mesest päevast alates antibiootikume või sulfaniilamiidpreparaate, mis vähendas tüsistuste arvu.

Akrihiini saavate isikute rühma jälgimine näitas, et nad haigestu- sid võrdsest kontrollrühmaga.

Об эпидемиологических особенностях и этиологии гриппа в Таллине в 1957—1959 гг.

А. Карапетян

Резюме

В 1957 — 1959 гг. в некоторых коллективах г. Таллина были зарегистрированы вспышки вирусного гриппа. Заболеваемость характеризовалась довольно высокой кон- тагиозностью и сравнительно небольшими размерами отдельных очагов. Заболевае- мость по месяцам в 1959 г. была несколько ниже, чем в 1957 г.

К началу вспышки 1959 г. средний титр антител в первых пробах сыворотки к ви- русу А₂ был довольно низким. Во время вспышки 1957 г. было выделено 17 штаммов вируса гриппа А₁, 8 штаммов вируса А₂ и один штамм вируса С.

В 1959 г. из носовых смывов было выделено 47 штаммов вируса гриппа А₂, 3 штамма вируса В и один штамм вируса Д. Изучалась лечебная и профилактическая эффектив- ность сухой политипажной гриппозной сыворотки. Наблюдения показали отсутствие как лечебного, так и профилактического эффекта данного препарата. Профилактической вакцинации подверглись 11480 человек. Результаты иммунизации показали низкую эпидемиологическую эффективность сухой живой аллантоисной вакцины.

Gripipuhangu iseärasustest Eesti NSV-s 1959. aastal

A. Fominõh, J. Ruut ja N. Avald

(Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst L. Stepanova)

Gripi epideemiline puhang Eesti NSV-s algas 1959. a. jaanuari kol- mandal dekaadil, tõustes maksimumini veebruari teisel dekaadil.

1959. a. jaanuari-, veebruari- ja märtsikuu jooksul (epideemia tõusu, kõrgseisu ja languse kuud) pödes statistiliste andmete põhjal 11,2%. Eesti NSV elanikkonnast grippi ja ülemiste hingamisteede katarri.

Tegelikult pödes grippi tunduvalt suurem protsent elanikkonnast, sest haigeid, kes raviuasutuste poole ei pöördunud, ei registreeritud.

Tallinnas pödes sel ajavahemikul grippi ja ülemiste hingamisteede katarri 16,7% elanikkonnast.

1959. a. epideemiline gripipuhang sarnanes mitmes suhtes 1957. a. sügisese gripipuhanguga. Teatavasti olid 1957. a. gripi epideemiale Eesti NSV-s kui ka teistes liiduvabariikides iseloomulikud kaks lainet: esimene — kevadel ja suvel, teine — sügisel, mis ületas intensiivsuse poo- lest esimese 11,4 korda.

1957. a. sügisese puhangu ajal põdes vabariigis grippi ja ülemiste hingamisteede katarri samuti 11,1% elanikkonnast, s. o. samapalju kui 1959. a. epideemia ajal.

1957. a. sügisese puhangu, kui ka 1959. a. puhangu tekitajaks oli peamiselt A₂-viirus. Samal ajal eraldati puhangu ajal ka teisi gripiviiruse tüüpe: 1957. a. — A₁, 1959. a. — B ja D.

Kliiniline pilt oli mõlema epideemia ajal peaaegu ühesugune.

Haigestumuse dünaamikat üksikute vanuserühmade järgi, haiguse kordumise sagedust ja teisi näitajaid uurisime mõnedes Tallinna asutustes.

1959. a. epideemilise puhangu alguses (jaanuar), haigestus kõige rohkem inimesi 19. kuni 30. a. vanuses. Kohe selle järel tõusis järsult kooliõpilaste haigestumus (vt. tabel nr. 1, kus on esitatud grippi haigestumise erikaal võrreldes üldhaigestumisega dekaadide kaupa).

Tabel 1

Vanuserühm	Jaanuar			Veebruar		
	I dekaad	II dekaad	III dekaad	I dekaad	II dekaad	III dekaad
8—15 aastat	12,7 ⁰ %	12,9 ⁰ %	17,7 ⁰ %	30,5 ⁰ %	35 ⁰ %	28,4 ⁰ %
19—30 aastat	23,6 ⁰ %	28,4 ⁰ %	23 ⁰ %	15,8 ⁰ %	15,1 ⁰ %	17,6 ⁰ %

Viimasena haaras epideemiline puhang 0 kuni 3 aasta vanuseid lapsi, kelle hulgas haigestumus tõusis maksimumini veebruari 3. dekaadil.

1959. a. eelkooliealiste laste hulgas Tallinna lasteasutustes suuremaid epideemilisi puhanguid ei olnud. Koolides aga omandas haigestumus epideemilise laadi, mille tõttu rida koole katkestas õppetöö 2—3 päevaks ja kauemaks.

Rangema epideemiatõrje režiimi järgimine eelkooliealiste laste asutustes (laste läbivaatus vastuvõtmisel, ruumide niiske koristamine kloorisisaldavate desinfitseerivate ainete lisamisega, marlist respiraatorite kandmine personali poolt jne.), etendas positiivset osa gripi levimise piiramisel neis asutustes.

Gripi kordumissageduse väljaselgitamiseks vaatasime läbi 500 täiskasvanu ambulatoorsed kaardid ja 109 lapse arengulood. Tulemused on toodud tabelis nr. 2.

Nagu tabelis toodud andmetest selgub, kõikus korduvate haigestumiste sagedus 20—47,1%, vastavalt haigete eale. See on seletatav gripi vastu omandatud immuunsuse lühikese kestusega.

Tabel 2

Vanus	Läbivaadatud kaartide arv	Neist põdesid grippi 1957. a. epideemia ajal	Sama %-des
0 kuni 3 aastat	21	5	23,8
4 „ 7 „	26	10	38,4
8 „ 14 „	53	25	47,1
15 „ 18 „	18	6	33,3
19 „ 30 „	161	63	39,1
30 „ 50 „	210	75	35,7
51 ja vanemad	120	24	20,0

Gripp kordus harvemini 0 kuni 3-aastaste rühmas ja 50-aastastel ning vanematel, s. o. organiseerimata elanikkonna rühmades (eelkooli-

ealised, pensionärid jt.), kellel kontaktivõimalused gripihaigetega väljaspool perekonda on vähemad.

1959. a. gripiepideemia ajal raviti haigeid peamiselt kodus.

Tallinnas hospitaliseeriti umbes 0,5% haigeid, peamiselt raskete, tüsistuvate gripivormidega.

Raskete gripivormide erikaal statsionaarsete haigete hulgas epideemilise puhangu perioodil ulatus Tallinna lastehaiglas 89 protsendini, Tallinna nakkushaiglas 40,6 protsendini.

Erinevus haiguskulus seletub sellega, et lastehaiglasse toodi lapsed, kellel gripp oli tüsistunud peamiselt bronhopneumooniaga. Nakkushaiglas avati epideemilise puhangu perioodil gripihaigete osakond, kuhu hospitaliseeriti haigeid kliiniliste ja mõnevõrra ka olustikuliste tingimuste näidustustega. Seepärast oli see kergemate haigete kontingent.

Uurimisel pidasime haiguse raskuse kriteeriumiks: temperatuuri üle 39°, palavikulise perioodi kestust üle 5 päeva, oksendamist, tugevat peavalu, krampe, ninaverejookse, varajast pneumooniat, kahelainelist kulgu.

1959. a. gripiepideemia iseärasuseks oli kahelaineline kulg ja lastel võrdlemisi sageli ebakrupi seisundi esinemine.

Kahelainelist kulgu täheldati 4,6 protsendil statsionaaris viibinud haigetest.

Ebakruppi esines 0 kuni 14 aasta vanustel lastel Tallinna nakkushaigla andmetel 15 protsendil haigetest.

Kõige sagedasemad tüsistused olid bronhopneumoonia ja otiit. Näiteks esines statsionaaris viibinud gripihaigetest vanusega 0 kuni 14 aastat bronhopneumoonia 36,7, otiit — 4,5 protsendil haigetest.

Tallinna haiglatesse suunatud gripihaigete raske haiguse kulg ja sageli esinev bronhopneumoonia avaldasid mõju ka haigla suremusele, mis puhangu perioodil oli 4,4%. Sõltuvalt vanusest kõikus see 4 kuni 20 protsendini. Näiteks tõusis 0 kuni 1 a. vanustel suremus 16,1%-ni, 30 kuni 50 aasta vanustel 4%-ni, 50 a. ja vanematel 20%-ni.

Vaktsineerimise efektiivsust gripivastaste A₂ ja B tüüpi viiruse monovaktsiinidega uurisime Tallinna Vineeri ja Mööblivabrikus. Tööliste vaktsineerimine A₂ tüüpi monovaktsiiniga viidi läbi novembrikuus 1958. a.

Gripi haigestumine vaktsineeritutel epideemilise puhangu perioodil oli selles vabrikus 2½ korda madalam kui vaktsineerimata töölistel. 1000 tööliste kohta haigestus vaktsineeritutest 51, vaktsineerimatutest aga 123.

K o k k u v ö t e

1. Gripi epideemiline puhang 1959. a. oli oma ulatuse poolest võrdne 1957. a. sügisese puhanguga. Puhang tekkis 1 a. ja 2 kuud pärast 1957. a. puhangut.

2. 1957. a. sügisese puhangu ja 1959. a. puhangu tekitajateks oli peamiselt A₂-viirus.

3. Immunitet pärast põetud grippi ei ole kauakestev. 20 kuni 47% haigetest, sõltuvalt vanusest, põdes grippi 1957. a. sügisel ja 1959. a. jaanuari- ning veebruarikuus. Harvemini esinesid korduva gripi juhud 0 kuni 3. a. vanustel ja 50-aastaste ja vanemate hulgas, s. o. rühmades, kellel oli vähem kokkupuudet gripihaigetega väljaspool perekonda.

4. Vaktsineerimist tuleb pidada efektiivseks profülaktiliseks abinõuks gripi puhul. Haigestumus vaktsineeritutel oli meie andmetel 2½ korda madalam, kui vaktsineerimatutel.

Особенности вспышки гриппа в Эстонской ССР в 1959 году

А. Фоминых, Ю. Руут и Н. Авальд

Резюме

За последние три года в Эстонской ССР имели место две эпидемии вирусного гриппа: первая — в 1957 году, явившаяся продолжением пандемии, и вторая — в январе—феврале 1959 года.

По статистическим данным, в период эпидемии 1959 года переболело 11,2% населения. Очевидно, переболело гриппом значительно больший процент, так как часть больных, не обратившаяся во время болезни в лечебные учреждения, не была учтена.

Возбудителем гриппа был преимущественно вирус А₂. Начало вспышки характеризовалось резким увеличением заболеваемости среди населения в возрасте 19—30 лет, вслед за которым нарастала заболеваемость среди школьников, и последними заболели дети в возрасте от 0 до 3 лет.

Крупные очаги гриппа возникли в школах, из-за чего некоторые из них прервали занятия на 2—3 дня. В отличие от школ, в детских дошкольных учреждениях в результате более строгого выполнения противоэпидемического режима (осмотр детей при приеме, применение хлоросодержащих средств при уборке, ношение марлевых респираторов и др.) крупных эпидемических вспышек гриппа в 1959 г. не было.

Как известно, после перенесенного гриппа остается непродолжительный иммунитет. По нашим данным, от 20 до 47% больных, в зависимости от возраста, болели гриппом дважды — в 1957 и 1959 годах.

Лечение в основном проводилось на дому. Госпитализировали только больных с тяжелыми, осложненными формами гриппа. Так, в г. Таллине было госпитализировано за время вспышки 0,5% всех заболевших.

Двухволновое течение, характерное для вирусного гриппа, отмечалось у 4,6% больных, находившихся в стационарах г. Таллина. У детей при гриппе сравнительно часто возникало состояние ложного круппа; 15% из них в возрасте от 0 до 14 лет, поступивших в Таллинскую инфекционную больницу, имели состояние ложного круппа.

Тяжелое течение и частая бронхопневмония у поступивших в стационары г. Таллина, оказали влияние на больничную летальность, которая в период вспышки дошла до 4,4% и в зависимости от возраста колебалась от 4 до 20%. В возрасте от 0 до 1 года летальность составляла 16,1%, от 50 лет и старше — 20%.

Противогриппозная вакцинация является эффективным мероприятием. По нашим данным, заболеваемость у привитых была в 2 1/2 раза ниже, чем у непривитых.

ANGIINI HAIGESTUMISEST KIVIÖLIS

R. Uustal

(Kiviõli haiglast, peaarst O. Kladova)

1957.—1958. a. talvel oli angiin Kiviõlis üheks sagedamaks ajutist töövõimetust põhjustavaks haiguseks.

Angiinide tüsistusena esines kõige enam peritonsillaarseid abstsesse ja reumaatilisi polüartriite. Harvem esines reumokardiite, nefriite ja koletsüstiite.

Kiviõli Põlevkivi ja Keemiakombinaadis oleme uurinud töötajate haigestumist angiini eraldi üksikutes tsehhides ja kaevandustes. Haigestumus angiini oli kõige suurem generaatorite ja tunnelahjude tsehhis. Uurides töötingimusi neis tsehhides, võis täheldada järgmisi kahjulikke tegureid:

1. Külmetust põhjustavad tegurid:

Tunnelahjude ja generaatorite lähedal tuleb töötada 40° C juures, muidu on talvel temperatuur tööruumis 15—20° C.

Ventilatsioon on puudulik. Seda püütakse kompenseerida uste ja akende avamisega, mis aga tekitab tuuletõmbust, põhjustab külmetamist ning soodustab angiini teket.

Undritsa, Sasonovi ja teiste katsete põhjal on kindlaks tehtud, et mingi kehaosa jahtumise tagajärjel tekib reflektorselt kurgumandlite veresoonte spasm. Lühiajalise spasmi korral tekib vasomotoorne angiin, pikemaajalise spasmi puhul võib täheldada muutusi tonsillide lümfoidse koe kaitsetalitluses ja lakuunides pesitsevate mikroobide mõjul areneb põletik. See põletik võib anda katarraalse, follikulaarse, lakunaarse või Simanovski-Vincent'i angiini pildi.

2. Tihe kontakt töötajate vahel, mis loob võimalused aerogeenseks piisknakkuseks.

3. Rohke tolmu, suitsu, bensiiniaurude ja gaasi esinemine, mis vabaneb põlevkivi töötlemisel.

Tallinna Polütehnilise Instituudi uurimiste andmeil on põlevkivitolm peendispersne mineraaltolm, milles esineb ka ränihapet, viimane mõjub kahjustavalt limaskestadele.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi uurimused näitasid, et põlevkivi fenoolid toimivad toksiliselt kesknärvisüsteemisse ja ärritavad ülemiste hingamisteede limaskesti. Tolm ja gaas mõjuvad mehaanilise ja keemilise ärritajana kurgu limaskestadele. Nad võivad sensibiliseeritud organismile olla allergeeniks. Pikemaajalise ärrituse tagajärjel on täheldatud düstroofilisi muutusi kurgu limaskestadel. Selline düstroofiline limaskest on vastuvõtlik infektsioonile.

Kaevanduses on keskmine temperatuur aasta jooksul enamvähem stabiilne $+9^{\circ}\text{C}$.

Kahjustavalt mõjuvad siin:

1. Relatiivne niiskus on kaevanduses suur (90—98%), mis põhjustab külmetamist ja soodustab angiini.

2. Peale löhketöid esineb laavades vähesel määral vingugaasi, lämmastikoksüüde ja töötamise ajal põlevkivitolmu.

3. Päikesevalguse puudumine ja suhteliselt raske füüsiline töö vähendab organismi reaktiivsust ja suurendab haigestumist.

Angiinihaigetele oleme määranud voodirežiimi, raskemad haiged oleme hospitaliseerinud.

Ordineerinud oleme streptotsiidi, norsulfasooli ja teisi sulfaniilamiide koos antibiootikumidega, nagu penitsilliin, biomütsiin, terramütsiin jt. Häid tulemusi oleme saavutanud levomütsetiiniga. See on seletatav asjaoluga, et levomütsetiini vähese tarvitamise tõttu pole mikroobidel veel väljakujunenud resistentsust selle antibiootikumi suhtes.

Kuristamisvahendina oleme kasutanud furatsilliinilahust. Vajaduse korral on tulnud haigetele anda südamevahendeid ja sedatiivseid vahendeid.

Mõnedel juhtudel on häid tulemusi andnud ionoforees 5% novokaiiniga 80 kraadises piiritusel.

Simanovski-Vincent'i angiini raviks oleme kasutanud vismutpreparaate ja novarsenooli.

Peritonsilliitide ja algavate peritonsillaarsete abstsesside ravi on kiirendanud penitsilliin-novokaiin-blokaad (Brinskini meetodi järgi). Väljakujunenud peritonsillaarseid abstsesse oleme intsideerinud. Korduvate angiinide puhul, eriti kui esines reumaatilisi haigestumisi, tegime tonsillektoomia.

Заболеваемость ангиной в Кивиыли

Р. Усталь

Резюме

Зимой 1957/58 гг. ангина в Кивиыли была одним из заболеваний, часто приводившая к временной потере трудоспособности.

На сланцехимическом комбинате Кивиыли мы обследовали больных ангиной, работавших в отдельных цехах и шахтах. Больше число заболеваний падало на генераторный цех и на цех туннельных печей.

Обследованием был выявлен ряд неблагоприятных условий труда как в цехах, так и в шахтах комбината, а именно: переохлаждение организма рабочих, недостаточная вентиляция, наличие в воздухе цехов большого количества сланцевой пыли и газа, повышенная влажность воздуха в шахтах и т. д.

Часто болеющим ангиной и при наличии заболеваемости ревматизмом проводили тонзиллэктомию, что вместе с проведенной санацией давало хорошие результаты.

С целью профилактики диспансеризовывали часто болеющих ангиной, проводили регулярные осмотры рабочих комбината, а также лекции, объясняющие важность закаливания организма, наличия в пище витаминов, особенно витамина «С».

RASEDATE VEENILAIENDITEST

S. Naarits

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetaja liige, professor P. Belošapko)

Rasedail esinevad veenilaiendid küllalt sageli, erinevate autorite andmeil 11—90% (Budin, Kehrер, Döderlein, Tournay ja Wallois), keskmiselt 25—40%. Suuremal osal juhtudest ilmneb see patoloogia esimese kahe raseduse vältel, erineval rasedusperioodil.

Alajäsemete veenide laiendid tekivad tänapäeva mõiste järgi hemodünaamika häirete tagajärjel. Sellest protsessist on haaratud ka vaagna-veenide süsteem, mis omakorda mõjustab emaka vereringet, emaka funktsioone ja areneva loote elutegevust.

Sellest lähtudes võib eeldada, et raseduse ja sünnituse kulus esinevad veenilaiendite puhul teatud iseärasused. See küsimus on aga peaaegu täiesti uurimata, mille tulemusena rasedate veenilaiendeile ei pöörata küllaldast tähelepanu. Tänapäeva sünnitusabi käsiraamatuis on sellele patoloogilisele nähule pühendatud vaid mõni rida (A. J. Pettšenko, J. F. Žordanija, G. G. Genter jt.). Seejuures valitsevad varikoossete veenilaiendite etioloogia ja patogeneesi kohta vanad, mehhanistlikud kujutlused. Arusaadav, et see takistab ka võitlust mainitud patoloogiliste nähtudega.

Kirjanduses ei leidnud me ühtki ulatuslikumat tööd, mis oleks pühendatud raseduse ja sünnituskulu iseärasuste uurimisele varikoossete veenilaiendite puhul. Ainult üksikutes artiklites esinevad mõningad andmed. Gausland'i andmeil iseloomustab seda patoloogiat madal raseduse enneaegse katkemise protsent. A. J. Lurje märgib võrdlemisi suurel protsendil naistest sünnitusjärgsete emakaverejooksude esinemist. Rida autoreid osutab nahaaluste veenilaiendite rebenemise võimalusele raseduse ja sünnituse ajal ning tugeva verejooksu võimalusele (M. L. Vöd-rin, J. J. Jakovlev, Schröder, Kruschwitz).

Me uurisime raseduse ja sünnituse kulgu 488 naisel, kellel esinesid alajäsemete veenide varikoossed laiendid (61 rasedal olid veenid laienenud peale alajäsemete veel välistel suguosadel, kubeme piirkonnas ja ühel

juhul rinnanäärmeil). Need rasedad olid hospitaliseeritud viimase 5 aasta jooksul NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Ginekoloogia Instituuti.

Valdav osa rasedaist oli 31- kuni 40-aastased (258 ehk 52,8%). Nende elukutse oli mitmesugune. Esmasrasedaid oli 96, korduvalt rases-tunuid 392, neist esmassünnitajaid 117. Rasedusega kaasnevaid haigusi põdes 120 naist. Nendest prevaleerusid orgaanilised südamehaigused (58) ja anatoomiliselt kitsas vaagen (19).

Saadud tulemuste analüüs kinnitas Causland'i andmeid madala enne-aegse raseduse katkemise kohta (5,3%). Peale selle esines sageli platsenta kinnitumise anomaalia (3,06%), sealhulgas 0,64% platsenta eesasetust. Sünnituse kulgu jälgisime 478 juhul, neist oli 457 õigeaegset ja 21 enne-aegset sünnitust.

Sünnituse kulu iseärasusteks olid sage sünnitustegevuse nõrkus (10%), sealhulgas 83,3% esmassünnitajail, normaalselt kinnitunud plat-senta enneaegne irdumine (1,25%), nabaväädi keerdumine ümber loote kaela ja keha (35,1%) ning verejooksud platsentaar- ja varases sünnitus-järgses perioodis (18,6%). Surnultsündivus oli 2,7% (mida ei saa seos-tada varikoossete veenilaienditega), sünnitusjärgseid tüsistusi oli 10,2%, tingituna peamiselt emaka subinvolutsioonist.

Raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsete tüsistuste sagedus oli suu-rem naistel, kellel esinesid peale veenilaiendite veel rasedusega kaas-nevad haigused.

Esmärgiga selgitada suure verejooksu sageduse põhjusi platsentaar- ja varasel sünnitusjärgsel perioodil uurisime 42 sünnitajal emaka kont-raktiivset tegevust platsentaarperioodil, kusjuures 21 naisel esinesid vari-koossed veenilaiendid ja 21 naist olid terved. Uurimine toimus Alvarez'i ja Caldeyro' poolt väljatöötatud objektiivse meetodika abil, mis põhineb platsentasisese venoosse rõhu registreerimisel. Nagu teada, suureneb rõhk platsentale emaka iga kontraktsiooni ajal, mis suurendab ka platsenta-sisest rõhku. Viimast registreerides saame emaka kontraktsioonide dünaa-mika graafilise kujutuse. Peale Alvarez'i ja Caldeyro' kasutasid seda meetodikat Z. N. Kunarjova ja L. D. Jartseva.

Selgus, et võrreldes tervete sünnitajatega on varikoossete veenilaien-ditega sünnitajail emaka kontraktsioonide intensiivsus platsentaarperioo-dil väiksem ja emaka toonus madalam. Emaka kontraktsioonide inten-siivsuse ja toonuse langusega kaasnes suurem verekaotus platsentaar-perioodil.

Alajäsemete veenide varikoossete laienditega naistel on emaka kontraktiivne tegevus häiritud. Seda iseloomustavad sünnitustegevuse nõr-kus ja platsentaarperioodi ning varase sünnitusjärgse perioodi verejook-sud. Küllalt sageli esinevaid platsenta kinnitumise anomaaliaid ja nor-maalselt kinnitunud platsenta enneaegset irdumist võib osaliselt seletada emaka kontraktiivse tegevuse häiritusega (J. J. Jakovlev).

Nagu teada, on vereringe kiirus veenide varikoossetes laiendites aeg-lustunud (F. J. Sidorina, Papaloucas). Viimane on eriti välja kujunenud raseduse ajal, sest juba rasedus ise raskendab vere äravoolu alajäsemeist (Papaloucas).

Silmas pidades venoosse süsteemi mitmesuguste osade omavahelist anatoomilis-funktsionaalset seost, võib eeldada, et vere raskendatud ära-vool alajäsemeist takistab vere tagasivoolu emaka veenidest, venoosne pais omakorda nõrgendab emaka kontraktiivset tegevust ja tekitab ülal-toodud patoloogia.

Et venoosse vereringe muutused alajäsemeis mõjutavad varikoossete veenilaienditega rasedate üldist vereringet alajäsemeis, seda näitavad meie poolt saadud reovasograafia andmed.

Reovasograafia põhineb elektrilise takistuse muutustel kudedes. Esimestena soovitasid kasutada seda printsiipi vereringe registreerimiseks Holzer, Polzer ja Marko (1945). Reovasograafia abil saab mitte ainult valgustada mõningaid perifeerse vereringe nähte, vaid ka kindlaks teha vereringe iseärasusi oblitereeruva endarteriidi (V. A. Karelin), ajuvereringe häirete (Kaindl), südamevigade (Wick, Gemacher, Pärtan) ja teiste haiguste korral.

Kirjanduses ei leidnud me aga ühtki tööd, mis käsitleks selle meetodi rakendamist sünnitusabis varikoossete veenilaiendite korral.

Kasutades spetsiaalselt konstrueeritud reovasograafi, millega saadud elektrilisi signaale võimendati ja registreeriti tavalise elektrokardiograafi abil, uurisime 80 rasedat mitmesugusel rasedusperioodil. Neist 10 rasedat olid terved, 70-l aga esinesid veenide varikoossed laiendid.

Alajäsemete reovasograafia tulemused võimaldasid kindlaks teha perifeerse vereringe mõningaid isärasusi. Põhilisteks neist on: 1) vereringe aeglustumine alajäsemete artereis, eriti raseduse hilisemas järgus, ja vereringe kiirenemine pärast sünnitamist; 2) arterite seinte toonuse muutumine rasedatel varikoossete veenilaiendite piirkonnas.

Kui lähtuda varikoossete veenilaiendite tekke endokriinsest teooriast (Tournay, Wallois, Causland, Arnoldi, Agüero, Beclère, David, Adamson jt.), millel on käesoleval ajal palju pooldajaid, siis peab nimetatud haiguse puhul haige organismis olema suhteline östrogeensete hormoonide vaegus ja kollaskehahormooni üliküllus (Agüero, Beclère, Causland jt.). Nende hormonaalsete häiretega võib seletada nii raseduse enneaegse katkemise madalat protsenti kui ka suurt sünnitustegevuse nõrkuse sagedust ning verejookse platsentaarperioodil ja varasel sünnitusjärgsel perioodil. Võib oletada, et östrogeenidevaegus ja kollaskehahormooni üliküllus või mõlemad need faktorid koos tekitavad mitte ainult veenide varikoossete laiendeid, vaid loovad ka tingimused suhtelise venoosse paisu tekkeks kõigi viimasest sõltuvate ebasoodsate tagajärgedega sünnituse ajal.

Teatavaks kinnituseks rasedatel esinevate veenilaiendite patogeneesi sellisele seletusele osutuvad ravitulemused östrogeensete hormoonidega. Seda ravi kasutasid Agüero, Beclère, Orbach, kuid ravi efektiivsus osutus neil vasturääkivaks.

Ravisime östrogeensete hormoonidega 70 rasedat (17 statsionaarselt, 53 ambulatoorselt), kellel esinesid veenide varikoossed laiendid. Haiged said tablettides *per os* iga päev 10 000—20 000 TÜ sünöstrooli või dietüülstilböstrooli. Manustatud östrogeenide koguhulk kõigub erinevail isikuil 50 000—800 000 TÜ, sõltudes rasedusjärgust ja saavutatud ravitulemustest.

Selgus, et östrogeensed hormoonid on veenide varikoossete laiendite puhul efektiivseteks ravimiteks. Optimaalseid ravitulemusi saime hormooni koguhulgaga 200 000—400 000 TÜ, mis vastab keskmiselt 2- kuni 3-nädalasele ravile. Ravitulemused avalduvad mitte üksnes veenilaiendite vähenemises või kadumises ning valude, krampide ja kiire väsimuse kadumises alajäsemetest, vaid ka sünnituspuhuste tüsistuste vähenemises, nagu sünnitustegevuse nõrkus, platsentaarperioodi ja varase sünnitusjärgse perioodi verejooksud.

Häid, kuid vähem efektiivseid tulemusi saime, ravides veenide varikoossete laiendeid novokaiinilahuse mikroklistiiridega. Seda ravimeetodit kasutasime esmakordselt, lähtudes patoloogilisele protsessile toimimise võimalusest seda protsessi soodustavate närviimpulsside blokeerimise teel novokaiiniga. Novokaiini sellisele toimemehhanismile osutas A. D. Speranski.

Novokaiini manustasime klistiiridena 50 ml 0,5% lahust 2 korda

päevas. Nimetatud meetodiga ravisime 70 rasedat (23 statsionaarselt, 47 ambulatoorselt), kellel esinesid varikoossed veenilaiendid alajäsemeis.

Ilmnes, et novokaiinilahuse klistiirid toimivad sama soodsalt, kusjuures valuvaigistav toime on esiplaanil. Veenide varikoosete laiendite ravi tulemused olid 59,2% -l rasedaist mittepüsivad. Parimaid tulemusi saavutasime 10—20 päeva kestnud raviga.

Oma töös valgustasime ainult nimetatud probleemi mõningaid külgi. Eespooltoodud faktid aga kriipsutavad veelkord alla ülalnimetatud patoloogia praktilist tähtsust.

Sageli esinevad raseduse ja sünnituse tüsistused veenide varikoosete laiendite korral tõstavad esile järjekordse küsimuse nimetatud patoloogia ratsionaalsest profülaktikast ja raseduse ning sünnituse ratsionaalsest juhtimisest. Naistenõuandlate arstid peaksid pöörama enam tähelepanu veenilaienditega rasedaile, võtma nad arvele ning viima läbi vastava profülaktilise ravi.

Kirjandus

1. Выдрин М. Л. Учебник акушерства. Минск, 1938. — 2. Гентер Г. Г. Учебник акушерства, М. 1938. — 3. Жордания И. Ф. Учебник акушерства М., 1955. — 4. Карелин В. А. Хирургия, 1957, 1, 34—57. — 5. Кунарева З. Н. Акушерство и гинекология, 1957, 5, 103—107. — 6. Лурье А. Ю. Журн. акуш. и женск. бол. 1930, кн. II, 208—215. — 7. Петченко А. И. Акушерство. Руководство. Киев, 1954. — 8. Сидорина Ф. И. Клин. медицина, 1958, 11, 96—101. — 9. Сперанский А. Д. Нервная трофика в теории и практике медицины. В кн.: Нервная трофика в теории и практике медицины. Л., 1934, 3—15. — 10. Шредер К. Учебник акушерства. СПб, 1895. — 11. Яковлев И. И. Неотложная помощь при акушерской патологии. М., 1953, 18. — 12. Ярцева Л. Д. Акушерство и гинекология, 1952, 2, 26. — 13. Alvarez, H., Caldeyro, R. Surg. Gynec. Obstetr. 1950, 91, 1—13. — 14. Arnoldi, C. C. Med. Bull., 1957, 4, 3, 102—107. Реф.: Р. Ж. Биол. 1959, 3, 12825. — 15. Aguero, O. tsit. Tournay et Wallois. — 16. Beclère, Cl. Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynecologie. Paris 1949. — 17. Budin. tsit. Tournay et Wallois. — 18. David, J., Adamson, H. D. Diagnosis and treatment of peripheral vascular disorders. New-York. 1956, 220—212. — 19. Döderlein, A. Handbuch der Geburtshilfe. 1915. Bd. I. 238. — 20. Gemacher, K., Pärtan, J. Z. Kreislau fforsch., 1955, 44, 15—16, 613—620. — 21. Holzer, W., Polzer, K. u. Marko, A. Rheokardiographie, Wien, 1945. — 22. Kaindl, F. Arch. Kreislau fforsch., 1954, 20, 7—12, 247—286. — 23. Kehrner, E. Venenerweiterungen — Varikositäten Varices Krampfaderen. Biol. u. Pathol. d. Weibes, hrsg. v. J. Halban — L. Seitz, Bd. 6, T. 2. 873, 1925. — 24. Kruschwitz, S. Zbl. Gynäkol., 1958, 27, 1053—1057. — 25. Mc. Causland, A. M. tsit. Tournay et Wallois. — 26. Orbach, E. J. Varicose Veins. Raamatus: Diagnosis and treatment of vascular disorders. Baltimore, 1956, 475—540. — 27. Tournay, R. et Wallois, P. Les varices de la grossesse. L'Expansion Scientifique Francaise, 1948. — 28. Wick, E. Z. Kreislau fforsch., 1955, 44, 21—22, 857—865.

О расширениях вен у беременных

С. Нааритс

Резюме

Варикозное расширение вен у беременных женщин встречается в среднем от 25 до 40%. Были изучены особенности течения беременности и родов у 488 женщин при наличии варикозного расширения вен. В течении беременности наблюдались низкий процент недоношенности и большая частота аномалий прикрепления плаценты. Особенности течения родов оказались большая частота слабости родовой деятельности, отслойки нормально расположенной плаценты, обвития пуповины вокруг шеи и туловища плода и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

У 42 рожениц была специально изучена сократительная деятельность матки в последовом периоде с помощью объективной методики Альвареза и Кальдейеро. Было установлено, что в последовом периоде у рожениц, имеющих варикозное расширение вен, по сравнению со здоровыми, понижение тонуса и интенсивности маточных сокращений сопровождается увеличенной кровопотерей.

Методом реовазографии выявлены у 80 беременных женщин некоторые особенности периферического кровообращения: 1) замедление тока крови в артериях нижних конечностей по мере увеличения срока беременности и ускорения его после родов; 2) изменение тонуса стенок артерии данной области при наличии варикозного расширения вен у беременных как отражение венозного кровообращения.

Была сделана попытка лечения варикозного расширения вен у 70 беременных женщин строгенными гормонами. Было установлено, что эффект лечения сказывается не только в уменьшении и даже исчезновении варикозного расширения вен, но также в уменьшении при последующих родах частоты кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, а также в уменьшении частоты слабости родовой деятельности.

Благоприятные результаты получены при лечении у 70 беременных женщин варикозного расширения вен новокаиновыми микроклизмами.

Врачам женских консультаций следует уделять больше внимания беременным женщинам, имеющим варикозное расширение вен, взять их на особый учет и проводить соответствующее профилактическое лечение.

MÕNINGAID TÄHELDUSI PNEUMOONIAST

K. Valgma

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg)

Viimase paari-kolme aasta jooksul on kirjanduses ilmunud rohkesti töid, milles märgitakse pneumooniate kliinilise kulu ja röntgenipildi tunduvat erinevust võrreldes sõjaeelse perioodiga. Üha rohkem koguneb andmeid krupoosse pneumoonia harvenemise ja bronhopneumoonia ning atüüpiliste pneumooniate sagenemise kohta. J. Beck (6) leidis 145 pneumooniajuhusel lobaarset pneumooniat ainult 3 ja segmentaarset pneumooniat 4 juhtu. V. Djatšenko ja A. Stupnitski (2) uurisid 522 pneumooniahaiget. Nendest põdes krupooset pneumooniat 169 inimest, seega umbes üks kolmandik. Zimmermann (tsit. 6) leidis lobaarset pneumooniat 6,6%, 354-st uuritud kopsupõletikuhaigest. Taolisi andmeid esineb ka paljude teiste autorite töodes. Ühenduses krupoosse pneumoonia harvenemisega märgitakse atüüpiliste pneumooniate olulist sagenemist. Atüüpilise interstitsiaalse pneumoonia all mõistetakse tavaliselt kopsude stroomas s. o. peribronhiaal-, perivaskulaar- ja perilobulaarkoes kulgevat infiltratiivset proliferatiivset põletikku, millega võivad kaasuda peenköldelised kopsuparenhüümi muutused. Röntgenipildis väljenduvad kirjeldatud muutused kopsujooniste tugevnemises ja deformeerumises, väikestes periinfiltreetides, hiiluste laienemises ja hiiluselementide halvasti diferentseeritavuses [J. Rabotina (4), K. Nikulin (3), V. Vlassov (1), S. Šiškin (5)]. Kopsude interstitsiaalkoes lokaliseeruvate pneumooniate kliinilist pilti iseloomustab peamiselt alaäge, harvemini äge algus, subfebrilne kehatemperatuur, nõrkusetunne, higistamine öösiti ja kuiv köha vähese rögaeritusega. Enamikul juhtudest võib kopsude kuulatlemisel leida märgi raginaid. SR ja leukotsüütide arv võivad olla normaalsed või mõõdukalt kõrgenenud. Erinevalt lobulaarsetest ja lobaarsetest pneumooniatest on interstitsiaalkoes kulgevad pneumooniad pikaajalise, visa kuluga, alluvad halvasti ravile ja kalduvad kroonilisusele.

Kopsude interstitsiaalkoes lokaliseeruvate pneumooniate diagnoosimiseks tuleb tingimata kasutada röntgenograafiat. Eriti tuleb rõhutada kõvakiirtehnikas teostatud röntgenograafia asendamatuks kopsujoonise uurimisel ja interstitsiaalsete pneumooniate diagnoosimisel.

Muutused pneumooniate kliinilises kulus ja patomorfoloogias on äratanud elavat huvi neid esile kutsunud põhjuste vastu. Enamiku autorite arvates seisneb pneumooniate struktuuri muutumise põhjus etioloogias, mis on tunduvalt muutunud pärast antibiootikumide tarvitusele võt-

mist. Kui varem tunti pneumoonia tekitajana põhiliselt pneumokokki, siis viimastel aastatel ilmunud vastavates töödes kuulub pneumokokile tänapäeval üsna tagasihoidlik koht. A. Sylla ja I. Siegmund (9, 10) leidsid pneumooniahaigete rögas kõige sagedamini *streptococcus viridans*'i, millele järgnesid sageduse järjekorras *bacterium coli*, *staphylococcus aureus*, *bacterium proteus* ja alles 5. kohal pneumokokk (3,1%, juhtudest). Analoogilisi andmeid toob ka J. Beck (6), kellel õnnestus pneumokoke isoleerida 5,17% uuritud pneumooniajuhtudest. V. Vlassovi järgi leidub pneumooniahaigete rögas kõige sagedamini hemolüütilist streptokokki. Peaaegu kõik autorid rõhutavad viiruste poolt tekitatud ja viirusinfektsioonile lisandunud sekundaarsest miklofloorast tekitatud pneumooniate sagenemist.

Paralleelselt muutustega pneumooniate etioloogias ja haiguspildis on viimastel aastatel märgatavalt sagenenud antibiootikumide suhtes resistentsete pneumooniate arv. Laurell'i, Tunevall'i ja Wallmark'i (7) andmetel osutus laste hingamisteedes kõige sagedamini esinev patogeenne mikroob *staphylococcus aureus pyogenes* 48,6% juhtudest penitsilliinile resistentseks. Steiner, Putnocky, Kovacs ja Scabon (8) määrasid 87 pneumooniahaige lapse subglottise piirkonnast võetud sekreedis mikroobide tundlikkuse antibiootikumidele. See võimaldas 28-l juhul 87-st, kus alustatud antibiootiline ravi ei osutunud efektiivseks, õige antibiootikumi valiku ja tagajärjeka ravi. Antibiootikumide testi vajadust õigesti suunatud pneumooniaravi puhul rõhutab ka Beck (6), kes leidis pneumooniahaigete rögas esineva *staphylococcus aureus*'e tundlikkust põhilistele antibiootikumidele uurides streptomütsiiniresistentseid tüvesid 60%-l ja penitsilliiniresistentseid tüvesid 74%-l juhtudest.

Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas viibis 1957.—1958. a. ravil 153 haiget, kellel kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt diagnoositi pneumooniat. Haigete hulgas oli 73 meest ja 80 naist, haigete keskmine vanus 46,3 aastat. Röntgenoloogilise leiu alusel võis kõik pneumooniad jagada 3 põhirühma:

1. lobaarne, sublobaarne ja segmentaarne pneumoonia,
2. lobulaarne pneumoonia,
3. ülekaalukalt interstitsiaalne pneumoonia (äge, alaäge, ja kroonilise protsessi ägenemine).

Lobaarset, sublobaarset ja segmentaarset pneumooniat diagnoositi 26-l juhul, lobulaarset pneumooniat 81-l juhul ja interstitsiaalset pneumooniat 46-l juhul. Esitatust näeme, et ka Tartu tingimustes moodustab lobaarne (kruposne) pneumoonia täiskasvanutel kõige väiksema rühma (17%) pneumooniajuhtudest. Esikohal on lobulaarne pneumoonia (53%), millele järgneb küllaltki suur interstitsiaalse pneumooniate rühm (30%). Eriti võis märgata kopsude interstitsiaalkoes lokaliseeruvate pneumooniate sagenemist seoses 1957. a. sügisel levinud gripiepideemiaga.

Üheaegselt pneumooniate kliinilise ja röntgenipildi jälgimisega uuriti 55 pneumooniahaige röga mikrofloora suhtes Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla bakterioloogilises laboratooriumis (juhataja E. Allik). 37-l juhul oli tegemist ravimata haigetega, 18-l juhul oli ravi alustatud. Uuringute tulemustes esinesid:

<i>Streptococcus</i> , sealhulgas <i>streptoc. viridans</i> .	36 juhul
<i>Staphylococcus</i>	20 „
<i>Bact. coli commune</i>	8 „
<i>Tetracoccus</i>	6 „
<i>Pneumococcus</i>	2 „
<i>Enterococcus</i>	1 „
<i>Bact. proteus</i>	1 „
<i>Bact. alcaligenes</i>	1 „
Paljudel juhtudel oli tegemist segamikroflooraga.	

Jälgides mikrofloorat eraldi lobaarsete, lobulaarsete ja interstitsiaalsete penumooniate puhul, selgus et eespooltoodud mikroobide esinemise sageduse suhe püsib ka teistes rühmades. Streptokokid, stafülokokid ja *Bact. coli commune* esinesid võrdse sagedusega lobaarset, lobulaarset ja interstitsiaalset pneumooniat põdevate haigete rögas, olles kõigis rühmades esikohal. Kõrvutades ravimata ja alustatud raviga haigete gruppe, ei leitud mikroflooras erinevust.

Pneumooniate, eriti interstitsiaalsete pneumooniate sagenemine seoses gripiga viitab viiruslikule etioloogiale.

Määrati ka mikroobide tundlikkus biomütsiinile, levomütsetiinile, penitsilliinile ja streptomütsiinile 50 pneumooniahaige rögas. 68-st mikroobitüvest osutusid biomütsiinile resistentseteks 16, tundlikkusega ± 13 , ja tundlikuks 39 tüve. Levomütsetiiniresistentseid mikroobitüvesid oli 17, tundlikkusega ± 8 ja tundlikke 43 tüve. Streptomütsiiniresistentseid mikroobe esines 19 korral, tundlikkust ± 5 -l ja tundlikkust 44-korral. Kõige rohkem leidis penitsilliiniresistentseid mikroobe — 42-l juhul 68-st. Sagedaim resistentus esines penitsilliini ja biomütsiini suhtes, mida võib teatud määral seletada nende ravimite populaarsuse ja kättesaadavusega. Kõige resistentsemateks mikroobideks osutusid *Bact. coli commune*, *staphylococcus nonhaemolyticus albus* ja *streptococcus viridans*.

Esitatud andmetest järeldub, et mikroobide resistentsele antibiootikumide suhtes pneumooniate korral tuleb pöörata üha suuremat tähelepanu. Öeldut võivad kinnitada praktilised tähelepanekud pneumooniate kohta, mis puudulikult või üldse ei reageerinud alustatud antibiootilisele ravile, tavaliselt penitsilliinile, ja paranesid kiiresti antibiootikumide testi põhjal õigesti valitud antibiootikumi manustamisel. Eriti suure tähtsusega on antibiogramm krooniliste pneumooniate ravimisel, kus mikroobide resistentus ühe või teise antibiootikumi suhtes esineb hoopis sagedamini kui akuutsetel juhtudel.

Kokkuvõttes tuleb öelda, et nagu kõik looduses pidevalt muutub, nii muutuvad ka haigused ja nende põhjused. Seni tüüpiliseks peetud haiguspildid asenduvad atüüpilistega, mida aastakümnete pärast omakorda asendavad uued haigusvormid. Nii on see ka pneumooniaga, mille muutumise tunnistajateks oleme antud momendil. Arsti ülesandeks on registreerida toimuvat muutumist, otsida selle põhjust ja rakendada saadud teadmisi vastavalt muutunud olukorrale.

KIRJANDUS

1. Власов В. К. Клини. мед. 12, 1958, 72—75. — 2. Дяченко В. Н. и Ступницкий А. А. Клини. мед. 12, 1958, 69—71. — 3. Никулин К. Г. Клини. мед. 12, 1957, 46—50. — 4. Работина Е. П. Клини. мед. 12, 1957, 51—55. — 5. Шишкин С. С. Клини. мед. 12, 1958, 75—78. — 6. Beck, J. Ztschr. für die ges. inn. Medizin und ihre Grenzgebiete 24, 1958, 1022—1024. — 7. Laurell, G., Tunevall, G., Wallmark, G. Acta Paediatrica 47, 2, 1958, 34—35. — 8. Steiner, B., Putnoky, G., Kovacs, K., Scabon, J. Acta Paediatrica 47, 2, 1958, 172—178. — 9. Sylla, A. Ztschr. für die ges. inn. Medizin und ihre Grenzgebiete 19, 1958, 744—752. — 10. Sylla, A. und Siegmund, I. Ztschr. für die ges. inn. Medizin und ihre Grenzgebiete 21, 1957, 977—981.

Некоторые наблюдения при воспалении легких

К. Валгма

Резюме

В 1957—1958 гг. в терапевтическом отделении Тартуской городской клинической больницы находилось на лечении 153 больных с воспалением легких. Долевая, субдолевая и сегментарная пневмонии были установлены в 17% случаев, дольковая — в 53% и интерстициальная пневмония в 30% случаев. У 55 больных была исследована мокрота

на микрофлору. Чаще всего находили стрептококки, стафилококки и кишечные палочки. У 50 больных была определена чувствительность микробов к основным антибиотикам. Самой частой оказалась резистентность к биомицину и особенно к пенициллину.

На основании данных настоящей работы можно констатировать известные изменения в клинической картине и этиологии пневмоний. При лечении больных с воспалением легких существенным является проведение антибиототерапии.

Kroonilistest mittespetsiifilistest pneumooniatest

B. Liberman ja Ö. Peets

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Vaated krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate mõiste kohta ei ühti. Meie jagame seisukohta, mille järgi sellesse kuuluvad kõik kopsude kroonilised mittespetsiifilised põletikulised protsessid [I. Davõdovski (2), I. Jessipova (3) jt.], millega kaasneb pneumoskleroos. Kui aga mittespetsiifiline põletik tekib juba olemasoleva, teatud pneumoskleroosi foonil, siis see progresseerub. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate keerulisse kliinilisse pilti võivad kuuluda peale pneumoskleroosi ja pneumooniliste puhangute sümptomide ka kroonilise bronhiidi ja bronheктаasia, kopsuemfüseemi ja kopsu ning südame puudulikkuse, kopsu-mädaniku, teiste pleuramuutuste, bronhospasmide sümptoomid, kui ka kroonilise nakkusega kaasuvad organismi intoksikatsiooni- ja sensibilsatsiooniinähud. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate niisuguse laia tõlgitsemise positiivseks küljeks on meie arvates asjaolu, et see võimaldab välja töötada ühtsed üldpõhimõtted nende sageli esinevate haiguste tõrjeks.

Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate esinemise sagedusele viitavad paljud patoloogid ja klinitsistid [G. Rubinštein (9), I. Davõdovski, V. Tšukanov (12), A. Hazanov (10), K. Nikulin (7), A. Tsigelnik (11), A. Berljand (1), D. Jablov (14), I. Jessipova (3), S. Salzmann (4), I. Maripuu (6) jt.].

Käesolev artikkel põhineb kroonilist mittespetsiifilist pneumooniat põdenud statsionaarsete haigete kliinilis-statistilisel analüüsimisel. Tähelepanekud on tehtud Tallinna Vabariikliku Haigla II sisehaiguste osakonnas (1956.—1958. aastatel) ravil viibinud haigete kohta.

Analüüsivate juhtude hulka võtsime ainult need, kus krooniline mittespetsiifiline pneumoonia osutus põhihaiguseks, kuid mitte tüsistuseks, nagu näiteks südamehaiguste puhul, mis kulgevad kardiogeense pneumoskleroosiga. Kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia juhud vanematel inimestel, kellel oli veresoonte ateroskleroos, arvestati tingimusel, et kopsupatoloogia oli kliinilises pildis juhtival kohal. Bronhiaalastma sündroomiga haigetest arvestasime neid, kellel bronhide spasm järgnes kroonilisele põletikulisele kopsuhaigusele, arenes selle põhjal ja osutus laialdasema patoloogilise protsessi üheks fragmendiks. Kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia juhte, mis esinesid kombinatsioonis kopsuvähiga, ei analüüsitud, sest on raske selgitada missugune nendest patoloogilistest protsessidest on esmane.

Statistilised andmed on toodud tabelis nr. 1.

Kroonilised mittespetsiifilised pneumooniad olid hospitaliseerimise põhjuseks 5,2 protsendil juhtudest. Veel suurem on krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate erikaal sisehaiguste osakondade haigete suremuse

põhjusena. Analüüsitava perioodi jooksul suri kroonilisse mittespetsiifilisse pneumooniasse 18 haiget, mis moodustab 11,9%.

Tabel nr. 1

	1956. a.	1957. a.	1958. a.	Kokku	Mehi	Naisi
Hospitaliseeritud juhtude üldarv	1047	1017	965	3029	1270	1759
Nendest kroonilise mittespets. pneumooniaga haiged	50	47	61	158	116	42
Kroonilise mittespets. pneumooniaga haigete %	4,7	4,6	6,3	5,2	9,1	2,3

Osakonna andmetel moodustasid kroonilised mittespetsiifilised pneumooniad ühe kolmandiku suremuse sageduse põhjusena veresconte haiguste (hüpertooniatõbi, ateroskleroos) ja vähktõve järel.

Kroonilised mittespetsiifilised pneumooniad on samuti üheks püsiva töövõimekaotuse põhjuseks. 113 haigest, kelle kohta olid tööanamneesi andmed, oli 35-el invaliidsusgrupp. 15 haiget kaotas püsivalt töövõime enne 50-aastaseks saamist.

Meie haigete anamneesi uurimine lubab oletada, et ka ajutise töövõimekaotuse põhjusena kuulub teatud osa kroonilistele mittespetsiifilistele pneumooniatele. Toome näite.

Naishaige R., 40 aastat vana. 1956.—1958. a. jooksul oli 10 korda haiguslehega vabastatud kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia tõttu, mis esines koos bronheктаasia sündroomiga. Selle aja jooksul oli haige töövõimetuspäevade arv 146.

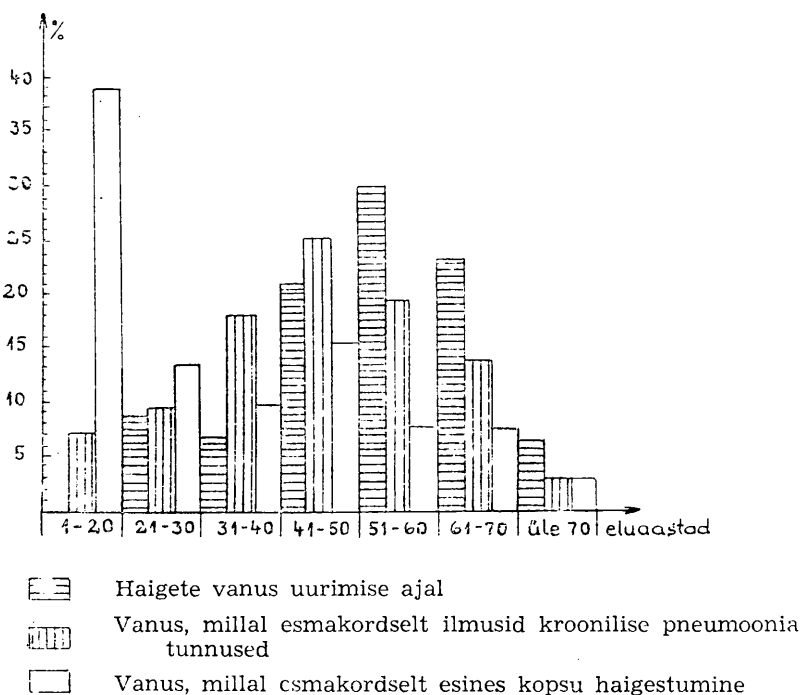
Paljud autorid märgivad krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate puhul kalduvust külmetushaigustele ja gripile. Meie tähelepidasime samuti vaatlusalustel kroonilise pneumoonia ägenemist gripipuhangute ajal, mis tõi endaga kaasa pikemaajalise töövõimekaotuse.

Toodud statistilised andmed näitavad krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate probleemi aktuaalsust meie tingimustes (Tallinna linna elanikkond).

Kliinilise analüüsi teostasime 100-l kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia haigel. Lühikese kliinilise karakteristika jaoks jagasime vaatlusalused haiged nelja rühma. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate klassifitseerimine tekitab tunduvald raskusi, mis, nagu mainib V. Tšukanov (13), on seoses nende tekkimise rohkearvuliste põhjustega, põletikulise protsessi mitmesuguse astmega, erineva arenemise tempoga, pneumoskleroosi laadiga, tüsistuste mitmekesisusega. Meie kasutasime I. Jessipova (3) ja K. Nikulini (8) klassifikatsiooni andmeid, kuid ei pidanud neist rangelt kinni.

Esimese rühma moodustasid 19 haiget 20 kuni 61 aasta vanuses, kellel esines nii haiguse kulus kui ka kliinilises pildis ülekaalus bronheктаatilise sündroom, kuna emfüseeminäht samal ajal puudusid või ilmusid haiguse hilistel etappidel, jäädes tahaplaanile. See rühm vastab I. Jessipova järgi kroonilisele deformeervale mõlemapoolsele bronhiidile, K. Nikulini järgi kroonilisele bronheктаatilisele pneumooniale, A. Tsigelniku järgi bronheктаasiale. Taoliste juhtude kliiniline pilt on hästi tuntud. Selle rühma haigete anamneesi uurimine kinnitas A. Tsigelniku jt. arvamust haiguse puhkemisest lapse või noorukieas pärast ägedat pneumooniat. Selle rühma 16 haigel algas kopsupatoloogia anamnees pneumooniaga, mida põeti enne 21. eluaastat.

Teise rühma kuulus 35 haiget 28 kuni 75 aasta vanuses, kellel oli haiguse kulus ja ka kliinilises pildis ülekaalus kopsu emfüseem ja tavaliselt juba haiguse esimestest etappidest alates evolutsioneeruv kopsu ja südame puudulikkus. Kliiniliste variantide poolest on see rühm celmisest tunduvalt ebaühtlasem. Kroonilise põletikulise protsessi nähtude väljendumise aste on väga mitmesugune. Rööbiti pneumoonia sagedase ja ereda retsidiveerumise juhtudega, nagu esimese rühma haigetelgi, täheldatakse juhte, kus anamneesis puuduvad viited põletikulisele protsessile kopsudes, kus haiguse esimeseks kliiniliseks väljenduseks on kopsu ja südame puudulikkus. Ägedale kopsupõletikule esines anamneesis viiteid 8 haigel 35-st.



Kolmandasse rühma arvati 29 haiget, 22 kuni 65 aasta vanuseni. Kliiniliselt esines neil haigetel retsidiveeruv pneumoonia, mis kulges atüüpiliselt või tüsistustega, röntgenoloogiliselt sedastati neil pneumoskleroosi. Bronheктаasia ja emfüseemi sündroom koos kopsu ja südame puudulikkusega ei olnud väljendunud, või see ilmus haiguse lõppstaadiumis. 21 haigel 29-st esines viiteid minevikus põetud ägedale pneumooniale.

Neljandasse rühma eraldasime 17 haiget 56 kuni 79 aasta vanuses. Vanemas eas tekkinud pneumoonia omandas neil loiu kulu tavaliselt ilma kopsumädaniku, bronheктаaside või tüüpilise kopsu ja südame puudulikkuse arenemise tendentsita. Pneumoonia kroonilise kulu põhjustajaks vanemas eas tuleb oletatavasti pidada raukuslikku pneumoskleroosi, mille tähendust mainis V. Kuprijanov (5) ja mis tekib tema arvates mõõdukate, kuid rohkearvuliste patoloogiliste muutuste kuhjumise tõttu kopsukoes, põetud nakkuste, nagu gripi, elukondliku konioosi, mõõduvate vere- ja lümfiringe häirete jm. tagajärjel.

Andmed uuritavate haigete vanuse kohta on toodud tabelis nr. 2.

Anamneesi andmetest, osal haigetel aga ambulatoorsete kaartide põhjal, püüdsime välja selgitada vanuse, mil ilmusid esimesed selged kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia sümptoomid. Tabelis on samuti märgitud vanus, mil anamnestiliselt esines esimene viide ühele või teisele

kopsude patoloogiale. Tähelepanu äratav suur protsent isikuid, kellel esinevad viited kopsupõletikule lapse- või noorukieas. 40 protsendil üldarvust ja 48 protsendil esimese kolme rühma haigetest esineb viiteid kopsude patoloogiale enne 21. eluaastat.

Et kirjanduses esineb viiteid, kus mainitakse kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia tekkimise soodustajatena sklerootilisi muutusi kopsukes, nimelt kopsu lümfisüsteemis, mis arenevad seoses ägeda pneumoonia, bronhiidi, peribronhiidi, pleuriidi, tuberkuloosi, pneumokonioosi ja teiste põhjustega, analüüsisime haigete kontingenti ka sellest aspektist. 48. haigel võis kroonilise pneumoonia arenemine olla seoses ägeda pneumooniaga ja 17 haigel ägeda pneumooniaga raukusliku pneumosklerootsi foonil. 14 haigel arenes haigus palju aastaid kestnud kroonilise bronhiidi järel. 12 haigel eelnes kroonilisele mittespetsiifilisele pneumooniale metatuberkuloosne ja 2 haigel metakoniootiline pneumoskleroots. 2 haiget olid põdenud pleuriiti. 1 haigel oli olnud mürgistumine klooriga. 1 haigel puhkes krooniline pneumoonia tsüstilise kopsu foonil ja 3 haigel ei leidunud viiteid ühelegi põhjusele, mis võiks võinud haiguse arenemist soodustada.

Teistest pneumoonia kroonilist kulgu soodustavatest teguritest proovisime hinnata kroonilist haimorriiti ja professionaalseid kahjustusi. 58 haigest aga, keda uuriti kroonilise haimorriidi suhtes, oli positiivseid leide ainult 18-l isikul. Viiteid töötamisele tolmustes ruumides ja seoses külmetusega või järskude temperatuuri kõikumistega esines 30 haigel 100-st.

100 haige kliinilise analüüsi andmed lubavari kõikide põhjuste ja soodustavate tegurite hulgast eraldada ägeda pneumoonia kui juhtiva teguri kroonilise mittespetsiifilise põletikulise protsessi tekkimisel kopsudes.

Seepärast võib nõustuda D. Jablokovi (14), K. Nikulini ja teistega selles, et krooniliste pneumooniate paremaks profülaktikaks on ägedate pneumooniate õige ravimine (individualiseeritud tähtajaga haiglaravi, imendumisperioodil kupud, ultrahülalaineravi, hingamisharjutused, vitamiinid ja hoolikas jälgimine pärast haiglast väljakirjutamist).

Peatuksime üksikasjalisemalt krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate kulu erinevustel. Peame otstarbekohaseks eraldada krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate progresseerumise kolme varianti. Esimene variant — retsidiveeruv, mille puhul haigus kulgeb ägenemiste kordumise ja remissiooniga. Ägenemise ajal esineb ühe või teise kroonilise mittespetsiifilise vormi ere kliiniline pilt, remissiooniperioodil kliiniline sümptomaatika kas puudub või on ebatüüpiline.

Toome näite:

Haige R., 62 aastat vana. 18 aasta vanuselt äge kloormürgistus. 19 a. vanuselt esimest korda pneumoonia. Pneumooniad kordusid 27, 31, 36, 41, 46, 55 ja 59 a. vanuselt. Pneumooniapuhangute vaheajal oli patsient praktiliselt terve. Alates 55 a. vanusest eritab ta alaliselt röga. Alates 58 a. vanusest on haigel hingeldamine koormuse puhul, III grupi invaliid. Hospitaliseeritud järjekordse pneumooniapuhangu nähtudega. Röntgenoloogiliselt difuusne pneumoskleroots, mõõduka väljendunud emfüseem. Kopsu ja südame puudulikkuse I järk.

Haige E., 62 a. vana 23 aasta vanuselt pneumoonia. Kuni 60 a. vanuseni kordus pneumoonia viis korda. Pneumooniate vaheajal kroonilise bronhiidi nähud. Pärast 61 a. vanuses põetud pneumooniat algas kurtumuse kiire progresseerumine, sagedased temperatuuripuhangud, kopsu ja südame puudulikkuse II järk. Röntgenoloogiliselt difuusne pneumoskleroots, bronheктаasia.

Teine variant — protsessi kiire, vahetpidamatu progresseerumine. Kui see puhkeb seoses kopsumädaniku ilmnemisega kopsudes, siis vastavad need juhud I. Davõdovski järgi kroonilisele mittespetsiifilisele tüslikusele.

Näide: Haige Z., 38 a. vana. 33 a. vanuselt põdes abstsedeeruvat pneumooniat. 34 a. vanuselt teostati abstsessi tõttu vasaku kopsu alumise sagara resektsioon. 36 a. vanuselt olid haigel kopsuümardaniku kliinilised nähud, röntgenoloogiliselt väikesed abstsessid ülemises sagaras vasakul, paremal interstitsiaalsed muutused. Pneumoonia sagedased ägenemised, püsivalt eritub suurel hulgal mädist röga, progresseeruv kurtumus.

Haige K., 45 a. vana. 37 a. vanuselt põdes pneumooniat, mis tüsisist pleuriidiga, pärast seda oli tal pidevalt köha ja hingeldamine, sagedased külmetused. 43 a. vanuselt esinesid juba kopsu ja südame dekompensatsiooninähud, samast ajast on ta töövõimetu. Viibib haiglas iga aasta 2—3 korda pneumoonia ägenemise ning kopsu ja südame puudulikkuse III järgu nähtudega, mis raskesti alluvad ravile. Haige eritab mädist röga, progresseeruvad tsüanoos ja kurtumine. Röntgenoloogiliselt difuusne pneumoskleroos, bronheктаasia, emfüseem.

Kolmas variant — haiguse varjatud progresseerumine, mis puhul kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia selgete kliiniliste sümptomide ilmnemise ajal avastatakse tunduv pneumoskleroos, emfüseem ja ilmnevad teised muutused organismis, mis näitavad protsessi vanust. Anamneesis õnnestub tavaliselt leida viiteid huik aastaid tagasi põetud ägedale kopsuhaigusele. K. Nikulin (8) mainib, et «...osal haigetest tekib makroskoopiliselt väljendunud skleroos pärast latentset perioodi, aeglaselt kulgeva interstitsiaalse koe põletikulise protsessi tagajärjel.» V. Kuprijanovi andmetel võib pneumoskleroos progresseeruda: «iseenese arvel, sest põletikulise protsessi tagajärjel lümfi- ja veresoonte tünjenemine, fibroatelektasid ja bronhide deformeerumine ühes nende funktsioonide häirimisega, pleuraliidide moodustumisega viib edaspidisele sidekoe vohamisele». See pneumoskleroosi progresseerumise variant emfüseemi ja teiste patoloogilise protsessi nähtudega on kõige salalikum. Selliste variantide krooniliseks pneumooniaks arenemise analüüsimisel, pärast minevikus põetud ägedaid kopsupõletikke, paistab silma analoogia kroonilise nefriidiga pärast selle ägedat lõpet ja nefroskleroosiga või kroonilise hepatiidiga pärast ägedat hepatiiti ja maksatsirroosi lõppega. Taoliste situatsioonide puhul arenevad väga pikkamööda patoloogilised muutused võimaldavad organismil õigeaegselt kompenseerida tekkivaid funktsionaalseid häireid ja haiguse kliinilised nähud ilmnevad täiel määral ainult siis, kui reservvõimalused võitluses patoloogilise protsessiga on ammen-datud.

Näide: Haige N., 64 a. vana. 20 a. vanuselt põdenud pneumooniat. 20 a. vanusest kuni 62 aasta vanuseni esinesid ainult alatine köha ja sagedased kerged külmetused. Töövõimeline, praktiliselt terve. 62 a. vanuselt oli patsiendil pikaldase kuluga pneumoonia. Röntgenoloogiliselt avastati tal vasaku kopsuvälja ahenemine, suured pleuraalsed ja interstitsiaalsed muutused, mis tõestab kroonilise kopsuprotsessi olemasolu kuni selle ägenemiseni. Pärast 62 a. vanust esinesid sagedased pneumoonia ägenemised, progresseeruv kõhnumine, kopsu ja südame puudulikkuse sümptomid, vere kõhimine.

Haige B., 44 a. vana. 12-aastaselt põdenud raskekujulist pneumooniat. Alates 42-aastaselt esines hingeldamine ja köha, 43-aastaselt põdes pikaldase kuluga pneumooniat. Röntgenoloogiliselt pneumoskleroos paremal, pleura mõlemapoolsed liited, emfüseem. Sellest vanusest alates esinevad sagedased pneumoonia retsidiiivid, ilmuvad kopsu ja südame puudulikkuse sümptomid.

Puudutamata krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate ravimise küsimusi peame vajalikuks rõhutada, et eduta või väheeduka ravimise põhjuseks on real juhtudel mitte printsiipiaalne võimatus protsessi kulule olulist ravitoimet osutada, vaid hiline diagnoosimine. Eriti keerukas on diagnoosimine haiguse varjatud progresseerumise puhul.

Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate sageduse, arenemise iseärasuste ja kulu analüüsimise andmed tõstavad esile küsimuse selle haigete rühma dispanseerimise vajadusest. Efektiivse dispanseerimise peamiseks eelduseks on haigete väljaselgitamine haigusprotsessi varajastes staadiumides. Seejuures võib raviabinõude õigeaegse rakendamisega protsessi progresseerumist takistada või seda vähemalt pidurdada. Eri-

line suhtumine väliselt süütutesse «grippidesse» ja külmetushaigustesse nende haigete puhul, töötingimuste korraldamine kutsealadel, mis on seoses õhu tolmususega ja külmetustega, süstemaatiline südame ja veresoonte ning hingamissüsteemi kompensatoorsete omaduste arendamine, ägenemiste sihipärane ravimine ja nina kõrvalõõnte saneerimine peab muutuma nende haigete dispanseerimise sisuks, sama kehtib ka isikute kohta, keda võib vaadelda kui antud haiguse poolt «ohustatuid» nagu ägedate pneumooniate sagedaste retsidiveerumistega, krooniliste bronhiitidega ja atüüpilise kuluga ägedate pneumooniatega haigeid.

K o k k u v ö t e

1. Kroonilised mittespetsiifilised pneumooniad osutuvad üheks sagedasemaks haiguse, töövõimekaotuse ja invaliidsuse põhjustajaks.

2. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate tekkimisel kuulub peamine koht ägedale pneumooniale.

3. Rööbiti progresseeruva, korduvate ägenemiste ja remissioonidega pneumooniatüübiga ning kiire, kliiniliselt ereda haiguse progresseerumise tüübiga täheldatakse ka protsessi varjatud kulgemist, mis on kliiniliselt märkamatu, kuid organismi kompensatoorseid võimalusi kurnav.

4. Kroonilisi mittespetsiifilisi pneumooniaid põdevad haiged tuleb dispanseerida.

5. Krooniliste mittespetsiifiliste pneumooniate mitmesuguste vormide varajase diagnoosimise probleem on aktuaalne.

K I R J A N D U S

1. Берлянд А. С. Вр. дело 1954, 6, 485—490. — 2. Давыдовский И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезни человека, М., 1956. — 3. Есипова Н. К. Вопросы патологии хронических неспецифических пневмоний, М., 1956. — 4. Зальцман С. М. Вопросы дифференциальной диагностики некоторых пневмосклерозов. Рукопись, в печати. — 5. Куприянов В. Ф. Анатоморентгенологические параллели при пневмосклерозах. Сб. Нарушение бронхиальной проходимости под ред. С. А. Рейнберга, М., 1946, 267—303. — 6. Маришу И. П. О диагностике хронических неспецифических пневмоний при силикозе. Рукопись, в печати. — 7. Никулин К. Г. Сов. мед. 1947, 12, 6—9. — 8. Никулин К. Г. Клинич. мед. 1957, 12, 46—50. — 9. Рубинштейн Г. Р. Дифференциальная диагностика заболевания легких. М., 1954. — 10. Хазанов А. Т. Клинич. мед. 1944, 12, 36—42. — 11. Цигельник А. Я. Бронхоэктатическая болезнь. Медгиз, 1959. — 12. Чуканов В. А. Клинич. мед. 1939, 2—3, 14—32. — 13. Чуканов В. А. Клинич. мед. 1943, 4—5, 3—7. — 14. Яблоков Д. Д. Терапевт. арх. 1957, 10, 41—56.

О хронических неспецифических пневмониях

Б. Либрман и Ы. Пеэс

Резюме

Приводятся результаты наблюдений больных хроническими неспецифическими пневмониями, госпитализированных во II терапевтическое отделение Таллинской республиканской больницы за 1956—1958 годы.

Хронические неспецифические пневмонии являются одной из частых причин госпитализации (5,2% среди всех случаев госпитализации). У одной трети больных ко времени наблюдения имелась стойкая утрата трудоспособности. Летальность от таких пневмоний в терапевтическом отделении составляла 11,9%. Этими данными подтверждается актуальность проблемы хронических неспецифических пневмоний.

Приводится краткая клиническая характеристика 100 больных, из них: у 19 — в течении болезни преобладал синдром бронхоэктазии, у 35 — синдром легочно-сердечной недостаточности, у 29 отмечались рецидивирующие пневмонии и пневмосклероз без преобладания одного из упомянутых синдромов, у 17 имело место развитие хронической пневмонии на фоне старческого пневмосклероза.

При анализе различных факторов, которые могли способствовать развитию хронической неспецифической пневмонии, подчеркивается ведущее значение острых пневмоний. Подтверждается мнение о частой связи хронических неспецифических пневмоний у взрослых с заболеваниями лёгких в детском и юношеском возрастах.

Выделяются три клинических варианта прогрессирования названных пневмоний: а) рецидивирование, чередование обострений и ремиссий; б) быстрое непрерывное прогрессирование; в) скрытое прогрессирование. Последний вариант заслуживает особого внимания, так как он труден для диагностики. При скрытом прогрессировании постепенное развитие патологических изменений позволяет организму длительное время компенсировать возникающие функциональные нарушения, и клинически отчетливые симптомы обнаруживаются лишь в поздней стадии болезни, когда резервные силы организма для борьбы с патологическим процессом исчерпаны.

На основании анализа развития и течения хронических неспецифических пневмоний можно сделать вывод о необходимости диспансеризации этой группы больных, а также лиц, которых можно рассматривать, как «угрожаемых» по данному заболеванию (лица с частыми острыми пневмониями, хроническими бронхитами, атипичным течением острых пневмоний). Предпосылкой для эффективной диспансеризации является ранняя диагностика хронических неспецифических пневмоний.

Haavandtõbi Viljandi Linnahaigla andmeil

Eesti NSV teeneline arst **M. Nõges**

(Viljandi Haiglast, peaarst D. Jakobišvili)

Viljandi linnahaigla teraapiaosakonnast lahkus 1935. kuni 1958. a. 20 258 haiget, neist haavandihaigeid 1362 ehk 6,7% kõigest haigeist, kusujuures sõja aastail, võrreldes rahuajaga, tõusis haavandtõbiste arv pea-aegu kaks korda.

Statsionaarist 1935–54. a. lahkunud 1099 haavandihaigest oli kuni 19-aastasi 0,3%, 20–29 a. — 11,4%, 30–39 a. — 27,4%, 40–49 a. — 31,3%, 50–59 a. — 19,8% ja 60 a. ja vanemaid — 8,6%.

1362-st haavandihaigest oli mehi 73,7 ja naise 26,3%. Vanuserühmade oli mehi ja naise: kuni 20 a. — 1,7 ja 3,3, 21–30 a. — 12,0 ja 9,5, 31–40 a. — 28,0 ja 26,0, 41–50 a. — 31,0 ja 32,0, 51–60 a. — võrdselt 19,0 ja vanemaid — 8,3 ning 10,0%.

Haigeid saabus statsionaarsele ravile enam põllu- ja metsahoogtõde kuudel protsentuaalselt 1405 haavandihaigest — augustis 10,9, jaanuaris 9,6, novembris — 9,5 ja juulis 9,4, oktoobris 8,9, septembris 8,6, detsembris 8,5, veebruaris 8,2, aprillis 7,2, märtsis ja mais võrdselt 6,4 ning juunis 6,1%. Nagu teame kuigeb haavandtõbi krooniliselt, perioodiliselt ägenedes või vaibudes olenedes välistingimustest. Seda kinnitab ka meie materjal.

Mis puutub haavandi paiknevusse, siis 1226-st haavandihaigest avastati haavand maos 34,8%-l ja kaksteistsõrmiksooles 65,2%-l; meestel — 33,0 ja 67,0 ja naistel — 44,7 ja 55,3%-l. Meie poolt kasutatud literatuuris on mao ja duodeenumi haavandite vahekorrad autorite järgi erinevad, näiteks 1:2 (Smotrov ja Kalk); 1:3 (Moynighan); võrdselt (Danovitš jt.); maos sagedamini kui algsooles (Kontšalovski ja Iahnitš). Erinevad on esinevuse sageduse arvud ka lahangu teel. Eriti patoloog Stewart täheldas 4000 juhu lahangu kroonilist haavandit või selle armistumist maos — 4,58 ja kaksteistsõrmiksooles — 6,81%; saksa anatoom Madelung aga 10 000 lahangumaterjali uurimisel — kroonilist haavandit 17,8%, — maos 70 ja algsooles 30% (tsiteeritud Smotrovi järgi).

Statsionaaris viibimise kestus oli järgmine: enne Teist maailmasõda lahkus statsionaarist haavandihaigetest esimese ravilviibimise nädala jooksul 54,4%, saksa okupatsiooni aastail 51,0% ja pärast sõja lõppu 10 a. kestel — 31,5% ning viimase 4 aasta jooksul — 17,5%, neli ja enam nädalat viibisid ravil enne sõda 4,8%, okupatsiooniaastail 12,2% ning nõukogude ajal — 17,7 ja 23,5%.

539 haavandahaigest oli põllutöölisi-karjatalitajaid 44,0%, käsitöölisi, vabrikute, puidu-, ehitus-, remondi-, metsa-, turba-, teetöölisi — 29,7%, teenistujaid — 15,9%, koduseid ja teisi — 10,4%.

Haavandahaigete peamiseks kaebuseks on kõhuvalu. Valu tekib üldise arvamuse järgi söögi ülirohkest maos ja toidu ebasobivusest. Valu pole tingitud niivõrd mao limaskestast mehaanilisest ärritusest kui selle venitusest mao toonuse kõrgenemise ja peristaltikalainete liikumise vältel ning ärritusest pärast toidu seedimist eritunud soolhappega.

Valud algasid 93-st maohaavandahaigest 78-l haigel varsti pärast sööki, 10-l haigel kestsid need pidevalt ja 10-l esinesid tühja kõhuga ning 141-st duodeenumi haavandiga haigest 113-l tühja kõhuga, 13-l öösel ja 15-l kestsid valud pidevalt.

Peale valude kurdavad haavandtõbised veel oksendamist, iiveldust, kõrvetisi, veevoolu suhu, vereoksendamist, luksumist (*singultus*) ja muud. Toome 648 haavandtõbise kaebuste esinemise sageduse suhtelised arvud: valud 95,2, neist ainult valud 40,0, oksendamine 23,6, iiveldus 18,5, kõrvetised 11,7, veevool suhu 6,3, vereoksendamine 3,4, luksumine 0,2, düspepsia 0,2%.

Kaebuste kestus oli 30—39 a. vanustel — 5 aastat, 40—49 a. — 7,3 aastat, 50—59 a. — 8,4 aastat ja üle 60 a. vanustel keskmiselt 10,7 aastat. Need andmed on koostatud 474 haige andmete alusel. Meeste kaebuste keskmine kestus oli 7,4 ja naistel — 5,4 aastat.

481 haavandtõbisel tekkisid esmased kaebused (protsentuaalselt): kuni 19 eluaastani 8,2, 20—29 a. — 18,9, 30—39 a. — 32,7, 40—49 a. — 27,4, 50—59 a. — 10,0 ja 60 ja hiljem — 2,7%.

Esmaste kaebuste tekkimise aeg põllutööliste ja teistel rühmitustel oli järgmine:

	Kuni 19 a.	20—29 a.	30—39 a.	40—49 a.	50—59 a.	60 a. ja üle
Põllutöölised	4.6	14.1	32.8	29.4	16.0	4.0
Teised rühmad	11.8	23.6	33.0	25.4	3.7	3.0

Tabelist selgub, et põllutöölistel, kes põevad haavandtõbe, algavad esmased kaebused hiljem. Nii oli isikuid, kellel kaebused tekkisid kuni 29. eluaastani põllutööliste rühmas 18,7%, teistes rühmades aga 35,4%, s. o. ligi kaks korda rohkem.

Proovieine happesus oli 431 haigel:

	liigne	normaalne	madaldunud	puudus
maohaavandi puhul	29.8	38.8	17.2	14.1
duodeenumihaavandi puhul	49.1	30.6	15.1	5.0

181 haavandtõbisel oli statsionaari saabumisel veres hemoglobiini üle 100% — 6 haigel, 80—99% — 87-l, 60—79% — 67-l, 40—59% — 11-l ja alla 40% — 10-l. 166 haigel oli erütrotsüütide arv veres: üle 5 miljoni 7 isikul, 4—5 miljonit — 97-l, 3—4 miljonit — 49-l ja alla 3 — 13-l.

357 haavandahaigest oli pulsi sagedus alla 60 l. m. 27,3%-l, 60—70 l. m. — 37,5%-l, 70—80 l. m. — 33,2%-l ja üle 80 l. m. — 2,0%-l. Neist oli mehi 270 ja naisi 87.

96 haigest oli arteriaalne vererõhk alla 100 mm 1-l, 100—125 mm — 35-l, 125—140 mm — 41-l, üle 140 mm — 20-l, alla 100 — 1-l.

Pulsi rõhk oli 96 haigest 75—85%-l 11, 65—75%-l 33, 60—65%-l — 40 ja alla 60% 12-l.

Gastriit kaasub väga sageli haavandile, meie andmeil vähemalt 74,3% kõigist 424 haigusjuhust.

Haavandi tekkimisel mainitakse veel eelsoodumusena pärilikku momenti. Meie andmeil esines haavandtõbiste perekonnas (vanematel, vendadel, õdedel) haavand: opereeritud isikutel — 31 haigel 79-st ja mitte opereeritud — 22 haigel 81-st, keskmiselt 33,1%.

Haige valukaebuste korral, kui valud esinevad pikemat aega iga päev samal kellaajal ja on seotud söömisega, ei peaks haavandi diagnoosimisel olema raskusi, kuid see vajab veel röntgenoloogi kinnitust. Teatavasti on ainsaks objektiivseks haavandi röntgenoloogiliseks tunnuseks niisümptoom. Juhul, kui röntgenoloog seda sümptoomi mingil põhjusel ei suutnud avastada ja leiab vaid gastriidilisi limaskestast muutusi ning märgib röntgeniülesvõtte kirjeldusena mõne gastriidi vormi, kas on siis terapeudi või haiget suunanud teise eriala arsti diagnoos vale? Kahjuks asutakse komisjonis sageli seisukohale — röntgeniläbivaatus haavandi eksisteerimist ei kinnitanud, tähendab — seda pole olemas. Ent see seisukoht ei ole alati õige. Teame, et niisümptoom ilmub, kui haavand on oma arengufaasis sügavamale, limaskestast läbi tunginud, kui selle servad on paksenenud. Haavandi arengu esimeses staadiumis niisümptoom puudub ja röntgenoloogil on sellist haavandit räske leida kaudsete tunnuste põhjal. Edasi nõustuvad röntgenoloogid oma kogemuste põhjal sellega, et niisümptoomi eksisteerimisega korral selle avastamine antrumi ees- või tagaseinal, samuti ka kardioforniksi osas osutub raskeks. Neist haavanditest võivad $\frac{1}{3}$ ja enam jääda avastamata. Siit võime järeldada, et terapeudi poolt põhjaliku kaalutluse järel püstitatud haavandi diagnoos peaks tõenäosena jääma püsima ja praktiliselt olema tähtsam kui haavandi eitamine.

Raskemaks osutub haavandtõve diagnostika, kui haavandile kaasub teisi haigusi, mis võivad simuleerida, või ka agraveerida maohaigusi, näiteks sapipõie, pankrease, soolestiku ja teised kõhuõõne haigused, perivistseriidid, songad, rändneerud jne. Haiguste diferentseerimisel vaatleme töö- ja elutingimusi.

385 isikust (47,4%) lahkus teraapiaosakonnast 244 ja kirurgiaosakonnast 141 isikut; linnas elunevaid $\frac{1}{3}$ ja elukohaga väljaspool Viljandi linna $\frac{2}{3}$. Nende isikute kohta kogutud andmete põhjal hindasime nende tervisliku seisundi heaks, keskmiseks ja halvaks. Andmeid analüüsid selgus, et täiesti terveid ja töövõimelisi oli ankeetlehe täitmise ajal teraapiaosakonnast lahkunud haavandtõbistest 28,3% ja kirurgiaosakonnast — 36,2%; rahuldavalt tundis end 61,9% siseosakonnast ja 53,9% haavaosakonnast lahkunutest, halvaks pidas oma tervist siseosakonnast lahkunutest 9,8% ja haavaosakonnast lahkunutest 9,9%.

Haavand võib algstaadiumis sageli tervistuda ilma ravirežiimita. Kui aga haavandit on lastud mõnel juhul edasi areneda sügavamale lihasekihtidesse, kas haige enese hoolimatuse või muul põhjusel, on ravi efekt ebarahuldav ja haiged põevad sageli kaua — kuni 20 aastat ja enam, vajades ambulatoorset ravi paar korda aastas 3- kuni 4-nädalase kestusega. Nii viibisid 531 haigest statsionaaris uurimisel ja ravil: esmakordselt 71,2%, teist korda — 18,4%, kolmandat korda — 7,6% ja kuni 8 korda — 2,8% kõigist haigeist.

Kuidas peaksime käituma, et saavutada paremaid tulemusi?

Haavand ei saa tekkida, kui mao limaskest, mao seina vaskularisatsioon on kahjustamata. Seede- ja vereringeelundel on lokaalsed autonoomsed neuraalsed elemendid, mille funktsiooni mõjustavad vegetatiivne närvisüsteem ja peaaajukoor ning koorealused keskused.

Mitu autorit märgivad haavandi tekke võimalust kroonilise apenditsiidi ja teiste kõhuõõneorganite haigestumiste tagajärjel; on täheldatud haavandi tekkimist maos naha kombustiooni korral. Haavandtõve tekke faktoreid ja arengutingimusi on palju. Võime viia need ühe nimetuse alla — atakeeriv, ekstsessiivne hüperhüdrokloriidne, tugeva sööbiva toimega maomahl nõrgestatud kaitsevõime korral, mida põhjustavad ülal loetletud tegurid. Profülaktika ja ravi nõuavad nende tegurite vältimist

ja organismile normaalse füsioloogilise seisundi võimaldamist füüsilise rahu tingimustes voodirežiimi, B- ja C-vitamiinide, üldtuntud desensibiliseerivate ja sedatiivsete vahendite ning kõhule sooja aplitseerimise kaasabil. Raviks oleme tarvitanud peloidiini, histidiini, larostidiini, pepsiini, Schostakowski balsamit, novokaiini, *Sol. argentum nitricum*'i 0,1%, albargiini 0,25% lahust ja teisi.

K o k k u v ö t e

1. Kui haavandtõbi avastatakse vara, haigestumise algul, siis on ravitulemused paremad.

2. Haavandtõvekahtlaste kaebustega haiged tuleb suunata statsionaarsele uurimisele, kui ambulatoorse võrgu asutused ei ole suutnud haavandit avastada.

3. Haavandi ainus objektiivne niisümptoom jääb röntgenoloogiliselt avastamata 30—50%-l juhtudest. Haavandi arengu algjärgus see sümptoom puudub ja haavandi avastamine selles faasis osutub röntgenoloogil raskemaks.

4. Kõik haavandahaiged kuuluvad ravile statsionaaris, kus ravi kestab 4—8 nädalat.

5. Haavandahaige ravi alusteks on: range voodirežiim statsionaaris ühes sooja manustamisega kõhule ja vastav dieet. Psüühiline rahu on korrapärase ravi eelduseks. Ravimitest ordineeritakse hüpnootilis-sedatiivseid ja spasmolüütilis-desensibiliseerivaid vahendeid kaasuva gastriidi korral — *Sol. argentum nitricum*'i 0,1%, või albargiini 0,25% lahust ja maomahla liighappesuse puhul leelisi.

6. Ravi peetakse lõppenuks kaebuste kadumisega.

7. Kui ravi lõpeb efektiivselt, paigutatakse isik 3 kuuks kergemale tööle, vältides öötööd.

8. Kui konservatiivne ravi ei anna küllaldast efekti, on operatiivne vahelesegamine vältimatu. Kirurgilise ravi näidustusteks on haavandi perforatsioon, selle penetratsioon, pahaloomuline degeneratsioon, maolukuti stenoos ja kalloosne haavand.

Язвенная болезнь по данным Вильяндиской городской больницы

М. Ныгес

Резюме

В период с 1935 по 1958 год в терапевтическом отделении Вильяндиской городской больницы находилось на стационарном лечении от 6 до 8 недель 1362 больных язвенной болезнью, из них 73,7% мужчин и 26,3% женщин.

Анализ историй болезни показал, что чем раньше выявляется заболевание язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, тем эффективнее результаты лечения.

Основным лечением больных было: диета, постельный режим, применение тепла на область живота и др. Из медикаментов применялись спазмолитические, болеутоляющие, успокаивающие средства.

Лечение считалось законченным, когда у больного исчезали клинические явления, отсутствовали жалобы на боли.

После эффективного лечения предлагалось переболевших переводить на более легкую работу сроком до 3 месяцев с соблюдением ночного сна и соответствующего режима дня.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения или при обнаружении перфорации, пенетрации, злокачественной дегенерации, стеноза привратника, каллезной язвы рекомендовалось хирургическое вмешательство.

LEIUTISTEST JA RATSIONALISEERIMIS- ETTEPANEKUTEST

Arstiteaduse kandidaat A. Nordberg

Nõukogude rahva ennastsalgava töö tulemusena arenevad rahvamajandus ja kultuur meie maal tormilise tempoga. Suuri saavutusi on ka arstiteaduses ja meditsiinipraktikas nii uute ravimpreparaatide kui ka ravi- ja profülaktikameetodite väljatöötamisel ning täiustamisel. Nõukogude teaduse ja tehnika saavutused on toonud inimkonnale uusi andmeid ka maailmaruumi lõpututest avarustest.

Rahvamajanduse ja kultuuri edasiarendamise grandioosne plaan, mis võeti vastu NLKP XXI kongressil, tõstab nõukogude rahva heaolu, millel on erakordne tähtsus rahva tervise parandamisel.

Nõukogude teadlased ja kõigi rahvamajandusharude töötajad teevad iga päev hulgaliselt avastusi ja leiutisi ning ratsionaliseerimisettepanekuid.

Nõukogude valitsus on kinnitanud põhimääruse, milles rõhutatakse avastuste, leiutiste ja ratsionaliseerimisettepanekute autoriõigust. Seda kaitseb NSV Liidu seadus ja tõendavad kindlaksmääratud korras väljaantavad dokumendid, nagu avastuste kohta antav diplom, leiutise autoritunnistus ja ratsionaliseerimisettepaneku tõend.

Käesolevas toome avastuste, leiutiste ja ratsionaliseerimisettepanekute autoriõiguse vormistamise korra, mille on kinnitanud NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Leiutiste ja Avastuste Komitee.

Avastuseks tunnistatakse materiaalses maailmas varem tundmatute objektiivselt eksisteerivate seaduspärasuste, omaduste ja nähtuste kindlakstegemine. Leiutiseks tunnistatakse tehnilise ülesande oluliselt uus, positiivset efekti andev lahendus.

Ravi-, maitse- ja toiduainete saamise kohta mittekeemilisel teel ning haiguste ravimise uute meetodite kohta, mis on vajalikul viisil aprobeeritud, antakse välja autoritunnistus. Patent antakse ainult meditsiiniliste preparaatide valmistamisviiside kohta. Kui avastuse, leiutise või ratsionaliseerimisettepaneku on teinud kaks või rohkem isikut, siis on igaühel neist õigus saada avastuse diplomit, leiutise autoritunnistust, patenti või ratsionaliseerimisettepaneku tõendit, kus on märgitud kõigi kaasautorite ees-, isa- ja perekonnanimed.

Avastuse autori või leiutaja nõudmisel, kui see on esitatud enne diplomi või autoritunnistuse väljaandmist, võib NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Leiutiste ja Avastuste Komitee anda avastusele või leiutisele autori nime, sel juhul märgitakse avastuse või leiutise nimi või nimetus diplomile või autoritunnistusele.

Diplomit omavatel avastuste autoritel, autoritunnistusi omavatel leiutajatel ja tõendit omavatel ratsionaliseerijatel on õigus saada tasu ja soodustusi.

Avastuste diplomid, leiutiste autoritunnistused ja patendid ning ratsionaliseerimisettepanekute tõendid antakse välja ühtsete vormide järgi, mis on kinnitatud NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Leiutiste ja Avastuste Komitee poolt.

Kogu massilise leiutus- ja ratsionaliseerimistegevuse arendamisega seotud töö teeb NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Leiutiste ja Avastuste Komitee koos Üleliidulise Leiutajate ja Ratsionaliseerijate Ühinguga.

Leiutus- ja ratsionaliseerimistegevuse arendamise juhtimine tervishoiu ja meditsiini alal, samuti kontroll leiutiste ja ratsionaliseerimisettepanekute juurutamise üle kuulub NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kompetentsi. Meie vabariigis töötab sellel alal Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, kus teadusliku nõukogu juures töötab Alatine Ratsionaliseerimise, Leiutiste ja Uute Ravi- ja Profülaktiliste Vahendite Aprobeerimise Komitee.

Avalduse avastuse kohta diplomi saamiseks esitavad NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuvale Leiutiste ja Avastuste Komiteele autor ise või organisatsioon, kellele autor on selle ülesandeks teinud.

Iga avastuse kohta tuleb esitada eri avaldus, mis peab sisaldama avalduse diplomi saamiseks avastuse kohta, avastuse kirjelduse ja joonised, kui need on vajalikud. Avalduses peab olema näidatud oletatava avastuse autori või autorite perekonna-, ees, ja isanimi.

Oletatava avastuse või leiutise põhituum peab kirjelduses ja joonistes olema toodud täpselt, selgesti ning täielikult, et oleks näha selle uudsus ning et esitatud materjalide põhjal oleks võimalik leiutist ellu rakendada.

Avaldus esitatakse ühes eksemplaris, kirjeldus ja joonised aga kolmes eksemplaris. Avaldusel ning kirjelduse ja jooniste kõigil kolmel eksemplaril peab olema autori (autorite) või autori esindaja allkiri.

Avalduse läbivaatamiseks vastuvõtmise kohta annab NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Leiutiste ja Avastuste Komitee selle esitajale kümne päeva jooksul tõendi.

Pärast avalduse vastuvõtmist NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Leiutiste ja Avastuste Komitee poolt uuritakse kuivõrd oletatav leiutis sisaldab uut ja kasulikku. Kasulikkuse kindlakstegemisel ei läheta mitte üksnes seisukohalt, kas on otstarbekohane leiutist kohe rahvamajanduses rakendada, vaid ka sellest, kas seda on võimalik kasutada tulevikus, pärast leiutise rakendamiseks vajalike tingimuste loomist.

Ratsionaliseerimisettepanek esitatakse otseselt asutusele, kelle tegevust see ettepanek puutub. Kui ettepanekut saab kasutada mitmes asutuses, siis võib avalduse esitaja teha vastava ettepaneku Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile.

Ratsionaliseerimisettepanek esitatakse avaldusena koos ettepaneku põhituuma lühikese kirjeldusega, lisades vajaduse korral joonised, skeemid või eskiisid. Ratsionaliseerimisettepaneku vastuvõtmise puhul on kohustatud Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Nõukogu juures Alatiselt Tegutsev Ratsionaliseerimise, Leiutiste ning Uute Ravi- ja Profülaktikavahendite Aprobeerimise Komitee avalduse esitaja nõudmisel andma või saatma viie päeva jooksul ettepaneku saabumise päevast arvates tõendi ettepaneku kättesaamise kohta. Ratsionaliseerimisettepanekud tuleb Tervishoiu Ministeeriumis läbi vaadata kuu jooksul, arvates nende saabumise ajast. Selle aja möödumisel tuleb avalduse esitajale teatada ettepaneku läbivaatamise tulemustest. Ettepaneku tagasilükkamisel tuleb teatada tagasilükkamise motiivid.

Avastuste autoreil, kes on saanud diplomi, leiutajatel, kes on saanud autoritunnistuse ja ratsionaliseerijatel, kellele on ratsionaliseerimisettepaneku kohta välja antud tõend, on õigus saada tasu vastavalt «Avastuste, leiutiste ja ratsionaliseerimisettepanekute eest tasu maksmise juhendile». Tasu avastuse, leiutise või ratsionaliseerimisettepaneku eest ulatub kuni 10 000 rublani ja see on tulumaksuvaba. Avastuste autorid

ja leiutajad omavad eesõiguse töötada vastavates teadusliku uurimise asutustes või katseettevõtetes teadusliku töötaja kohal, kui muud tingimused on selleks võrdsed.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Nõukogu Alatine Ratsionaliseerimise, Leiutiste ja Uute Ravi- ning Profülaktikavahendite Aprobeerimise Komitee pöördub üleskutsega kõigi vabariigi meditsiinitöötajate, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teadlaste, teadusliku uurimise instituutide ja ravi-profülaktikaasutuste töötajate poole võtta aktiivselt osa uute ravi- ja profülaktikameetodite ja vahendite ning uue meditsiinitehnika väljatöötamisest.

Kõik ratsionaliseerimisettepanekud tuleb saata Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ratsionaliseerimise, Leiutiste ja Uute Ravi- ning Profülaktikavahendite Aprobeerimise Komiteele, Tallinn, Lossi plats 7.

Meditsiinalased avastused ja leiutised, mis esitatakse NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuvale Leiutiste ja Avastuste Komiteele tuleb saata Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Alalisele Ratsionaliseerimise, Leiutiste ja Uute Ravi- ning Profülaktikavahendite Aprobeerimise Komiteele aprobeerimiseks ja leiutise või ratsionaliseerimisettepaneku uuduse ning väärtuse kindlaksmääramiseks.

Siinkohal olgu mainitud, et Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus avastuste, leiutiste ja ratsionaliseerimisettepanekute põhimäärusest ning avastuste, leiutiste ja ratsionaliseerimisettepanekute eest tasu maksmise juhendist on avaldatud Eesti NSV Teatajas, 1959, nr. 30 (1. juuni) art. 163.

Об изобретениях и рационализаторских предложениях

А. Нордберг

Резюме

Приводится порядок оформления авторства на открытия, изобретения и рационализаторские предложения, утвержденный Комитетом по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР.

Авторство на открытия, изобретения и рационализаторские предложения в СССР охраняется законом и удостоверяется выдаваемыми на открытия — дипломами, на изобретения — авторскими свидетельствами или патентами и на рационализаторские предложения — удостоверениями.

Общее руководство делом развития изобретательства и рационализации в СССР осуществляет Комитет по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР.

В Эстонской ССР делом развития изобретательства и рационализации по здравоохранению, медицине и внедрению их в практику руководит Министерство здравоохранения республики, где при ученом медицинском совете имеется постоянно действующий Комитет по рационализации, изобретательству и апробации новых лечебно-профилактических средств.

Рационализаторские предложения в республике подаются в названный комитет в форме заявления с кратким описанием сущности предложения, а в нужных случаях — с чертежами, схемами и эскизами.

Авторы открытий, получившие дипломы; изобретатели, получившие авторские свидетельства, и рационализаторы, которым выданы удостоверения на рационализаторские предложения, имеют право на вознаграждение в соответствии с инструкцией о вознаграждении за открытия, изобретения и рационализаторские предложения. Авторы открытий и изобретатели имеют при прочих равных условиях преимущественное право занимать должности научных работников в соответствующих научно-исследовательских учреждениях и на опытных предприятиях.

Постоянно действующий Комитет по рационализации, изобретательству и апробации новых лечебно-профилактических средств при ученом медицинском совете Министерства здравоохранения Эстонской ССР обращается ко всем медицинским работникам республики, к ученым медицинского факультета Тартуского госуниверситета, научно-исследовательских институтов и практическим работникам лечебно-профилактических учреждений принять активное участие в разработке новых методов и средств профилактики и лечения болезней, новой медицинской техники.

Открытия и изобретения по здравоохранению и медицине, подлежащие направлению в Комитет по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР, необходимо представить в постоянно действующий Комитет по рационализации, изобретательству и апробации новых лечебно-профилактических средств при ученом медицинском совете Министерства здравоохранения Эстонской ССР для предварительной апробации и заключения о ценности и новизне изобретения или рационализаторского предложения.

TÖÖLISNOORUKITE MEDITSIINILISE TEENINDAMISE PARANDAMISEST

A. Sarap,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

Kasvavale põlvkonnale omistatakse meie maal suurt tähelepanu. Juba oma olemasolu esimestest päevadest hakkas Nõukogude võim hoolitsema töölisnoorukite tervise eest. Rahvakomissaride Nõukogu seadlusega 11. XI 1917. a. keelati alla 14 aasta vanuste isikute tööle võtmine. Hiljem võeti vastu rida seadusi kuni 18-aastaste töölisnoorukite tervise kaitsmiseks nagu tööpäeva lühendamise seadus jt. Piirati ka noorukite koormust füüsilise töö puhul ja eemaldati noorukid töödelt, mis on seotud mürgiste ja kahjulike ainetega, keelati nendel ületunni- ning öötöö jne. Rahvakomissaride Nõukogu 13. X 1922. a. seadlusega kehtestati töölisnoorukite ja vabrikukoolide õpilaste kohustuslikud eelnevad ja perioodilised meditsiinilised järelevaatused. Periood 14.—18. eluaastani on nooruki organismi formeerumise järk, millal tema neuroregulatoorsed mehhanismid ümber kõlastuvad. Selles elueas toimub peaaajukoore spetsiifiliste piirkondade kujunemine kõige intensiivsemalt, tekivad uued seosed närvisüsteemi mitmesuguste osade vahel.

N. Gundobin, A. Gelfand jt. viitavad parallelismile kilpnäärme arenemise, sugulise küpsemise, luude kasvamise ja kõhrkoe luustumise vahel. V. Puzik ja A. Horkov tegid kindlaks, et puberteedieelsel perioodil tekivad sügavad muutused müokardi struktuuris. M. Maslov ja O. Grigорова märgivad, et puberteediperioodil esineb vereloomes rida erinevusi.

Paljud autorid kriipsutavad alla kõikide ainevahetusprotsesside intensiivistumist noorukieas. V. Levin märgib, et neurohumoraalsete seoste muutumise tõttu noorukieas alaneb kesknärvisüsteemi erutuse lävi, mis põhjustab organismi mitteadekvaatset reageerimist välistele ja sise- mistele ärritajatele. Selles elueas tekivad uued huvid, mis on seoses ümbritseva eluga ja sündmustega, esineb oma jõu ja võimete ülehindamine.

Seoses sellega muutub arusaadavaks meditsiinitöötajate ees seisvate ülesannete tähtsus noorukite tervise kaitsmisel.

Tervishoiuosakondade juhatajad, haiglate peaarstid ja nende asetäitjad peaksid oma igapäevases töös pöörama erilist tähelepanu töölisnoorukite meditsiinilise teenindamise organiseerimisele.

Kahjuks näitas aga kontrollimine kohtadel ja selle küsimuse arutamine Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegiumil 24. septembril 1959. a., et töölisnoorukite meditsiinilis-sanitaarsel teenindamisel esineb Tartu ja Kohtla-Järve linnas veel tõsiseid puudusi. Peaarstid ja nende asetäitjad panid kõik töölisnoorukite meditsiinilis-sanitaarse teenindamise funktsioonid noorukite kabineti arstile või polikliniku juhatajale. Meditsiinilise järelevaatuse hõlmavus ei ole kaugeltki küllaldane (85—90%). Noorukeid kontrollib sageli ainult üks arst ilma vastavate spetsialistide osavõtuta. Stomatoloogid on kontrollinud ainult 68 protsenti noorukitest, röntgenoloogiliselt on neist uuritud 80—85 protsenti.

Puudulikult on rakendatud laboratoorseid uurimismeetodeid, neid oli osaliselt rakendatud ainult 40 %-dil läbivaadatud noorukitest. Pirquet' proov on tehtud ainult osale noorukitest, kusjuures negatiivsele proovile ei järgnenud mitte alati tuberkuloosivastast vaktsineerimist. Lubamatult suur on kehakultuuritundidest vabastatud noorukite arv, mitmes rajoonis ulatub see 20 protsendini. Noorukite kabinetid täidavad tervet rida neile mitteomaseid funktsioone, näiteks haigete teenindamine kodus jne. Samal ajal kontrollivad noorukite kabinetid ja riikliku sanitaarinspeksiooni organid noorukite töö- ja elutingimusi ning töökorraldust nõrgalt ega kontrolli riigi poolt töölisnoorukitele ettenähtud soodustuste rakendamist.

Arvestades, et paljud puudused noorukite meditsiinilises teenindamises sõltuvad töö ebaõigest organiseerimisest, püüame käesolevas artiklis lühidalt valgustada noorukite meditsiinilis-sanitaarse teenindamise organiseerimistöö aluseid.

Polikliinilise osakonna noorukite kabineti põhimääruses on ette nähtud: töölisnoorukite dispanseerne teenindamine, õigeaegne ravi- ja profülaktiliste ürituste läbiviimine nende tervise tugevdamiseks, füüsiliseks arendamiseks ja haigestumise vähendamiseks, samuti hügieeniliste abinõude rakendamiseks tööstus- ja koolihügieeni alal koos sanitaarorganisatsiooniga.

Noorukite kabinet töötab ravi- ja profülaktikaasutuse juhataja poolt kinnitatud plaani järgi. Noorukite kabineti arst peab erialalt olema kas terapeut või pediaater.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkirjaga 20. I 1958. a nr. 10—22/7—47 kuuluvad kevadisele meditsiinilisele järelevaatusele:

a) tööstusettevõtetes ja tööstuskooperatiivide süsteemis töötavad 14—18 aasta vanused noorukid, b) tööjõureservi süsteemi koolide õpilased, c) erioppeasutuste (tehnikumide) õpilased, d) sovhoosides, RTJ-s, metsamajandites töötavad noorukid.

Ettevalmistused noorukite kevadiseks arstlikuks kontrollimiseks peavad algama õigeaegselt, s. o. juba 1—2 kuud enne läbivaatuste algust, ja need tuleb lõpetada 1. maiks.

Enne noorukite meditsiinilist järelevaatust peab selle eest vastutav arst (noorukite kabineti arst, polikliiniku või tervishoiupunkti juhataja) saama ettevõtte või õppeasutuse administratsioonilt õpilaste — töötavate noorukite täpsed nimekirjad vorm nr. 275 järgi. Pärast seda töötatakse välja ja kooskõlastatakse ettevõtte ja õppeasutuse administratsiooniga, samuti ka haigla peaarstiga noorukite järelevaatusele ilmumise graafik, mis kindlustab selle ürituse läbiviimise meditsiinilise personali (arstid-spetsialistid) ja diagnoosimise abinõudega (röntgen, laboratoorsed uurinud, elektrokardiogramm jne.). Soovitav on välja anda vastava ettevõtte või õppeasutuse käskkiri, milles määratakse noorukite ja õpilaste järelevaatusele ilmumise kuupäev ja kellaaeg ning isik, kes vastutab noorukite järelevaatusele ilmumise eest. Haiglates või sanatooriumides ravil viibivate isikute kohta täidetakse läbivaatuse kaart, kuhu märgitakse diagnoos. Neid kaarte arvestatakse meditsiinilise järelevaatuse aruande koostamisel.

Töölisnoorukite meditsiinilise järelevaatuse komisjoni koosseisu peavad kuuluma terapeut, kirurg, neuropatoloog, silma- ja kõrvaarst ning ftisiaater. Kui mõni spetsialist ei saa komisjoni tööst osa võtta, tuleb tema ülesandeid täita mõnel teisel arstil. Haiguskahtluse puhul võib spetsialisti puudumisel nooruki saata konsulteerimiseks naaberrajooni eriarsti juurde või vabariiklikku haiglasse.

Kohustuslikud on antropomeetrilised mõõtmised ning vererõhu kontrollimine, hemoglobiini protsendi, vere settereaktsiooni ja soolenugiliste

määramine. Meditsiinilisest järelevaatusest peavad aktiivselt osa võtma tuberkuloositõrje dispanser, psühhoneuroloogia dispanser ja stomatoloog. Enne järelevaatust tuleb komisjoni arste tutvustada antud õppeasutuse profiiliga ja meditsiinilise järelevaatuse kohta antud instruktiivsete ning meetodiliste materjalidega.

Arstliku kontrolli tulemuste hindamine

Arstliku järelevaatuse tulemuste kokkuvõte tehakse hinnates kogu saadud andmete kompleksi. Arst annab füüsilise arengu andmete ja tervisliku seisukorra kõrvutamise järgi hinnangu uuritava nooruki tervise kohta. Resolutsiooni osas märgitakse kaardile ettepanekud, nõuanded ja soovitused arstile, administratsioonile, vanematele ning noorukile endale.

Suurem osa resolutsioonis märgitavaid soovitusi puudutab tavaliselt profülaktilisi, ravialaseid ja tervistavaid abinõusid. Kõik ravi või tervistavate abinõude rakendamist vajavad noorukid tuleb dispanseerida vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri 1958. a. 17. veebruari juhendile. Järelevaatuse andmete põhjal teeb arst otsuse ka nooruki kehakultuurist ja spordist osavõtu kohta, juhindudes «Kehakultuurlaste ja sportlaste arstliku kontrolli põhimäärusest», mis on kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ning NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kehakultuuri- ja Spordikomitee poolt 23. oktoobril 1951. a.

Arstlikult järelevaadatud noorukite nimekirjad koos otsusega kehakultuurist ja spordist osavõtu kohta antakse üle kehakultuuri õpetajale (treenerile) pärast noorukite arstlikku järelevaatust. Noorukite tervislikku seisukorda puudutavad statistilised materjalid töötatakse läbi vastavalt instruktiivsele juhendile «Töölisnoorukite kevadise järelevaatuse tulemustest» (vorm nr. 5-d). Noorukite kabinet, õppeasutuse või tervishoiupunkti arst on kohustatud informeerima administratsiooni järelevaatuste tulemustest ja vajalikest abinõudest noorukite tervisliku seisundi töö- ja elutingimuste edaspidise parandamise kohta.

Arvestus ja aruandlus

Noorukite teenindamise eest vastutav arst koostab aruande töölisnoorukite dispanseerimise tulemustest vormi nr. 5 järgi, mis esitatakse Tervishoiu Ministeeriumile rajooni tervishoiuosakonna juhataja või rajoonihaigla peaarsti allkirjaga mitte hiljem kui 15. novembriks.

Dispanseerimise järelevalvele võetud töölisnoorukite kohta täidetakse ainult «Dispanseerimise haige kontrollkaart» (vorm nr. 30), mis säilitatakse nooruki ravimise eest vastutava arsti juures.

Dispanseeritud haigete kontrollkaart ei asenda individuaalset ambulatoriumikaarti (vorm nr. 25) ning seda peetakse paralleelselt viimasega dispanseerimise kontrollimiseks.

Aruanne töölisnoorukite dispanseerimise tulemustest koostatakse «Dispanseeritud haige kontrollkaardi» (vorm nr. 30) põhjal.

Aruanne «Töölisnoorukite dispanseerimise tulemustest», vorm nr. 5, on aruande «Töölisnoorukite kevadise järelevaatuse tulemustest» vorm nr. 5-d järg, sest selle andmed võimaldavad hinnata kevadise järelevaatuse ajal avastatud haigete töölisnoorukite ravimise tulemusi aasta jooksul.

Об улучшении медицинского обслуживания рабочих-подростков

А. Сарап

Резюме

В некоторых городах нашей республики, например, в Тарту и Кохтла-Ярве главные врачи полностью переложили все функции по организации медико-санитарного обслуживания рабочих-подростков на врача подросткового кабинета или заведующего поликлиникой. Охват медицинским обследованием далеко не полный, осмотры проводятся часто одним врачом без привлечения специалистов. Неудовлетворительно используются лабораторные методы исследования. Пиркетизацией охвачена только часть подростков. В ряде районов до 20% их освобождены от физкультуры.

Согласно положению о подростковом кабинете поликлинического отделения больницы, утвержденному Министерством здравоохранения СССР 18 VIII 1948 года, основными задачами подросткового кабинета являются: диспансерное наблюдение за рабочими-подростками, проведение своевременных лечебно-профилактических мероприятий по укреплению их здоровья, физического развития и по снижению заболеваемости, а также осуществление совместно с санитарной организацией гигиенических мероприятий в области промышленной и школьной гигиены.

Прежде чем приступить к осуществлению медицинского освидетельствования, врач, ответственный за его проведение (врач подросткового кабинета, зав. поликлиникой, здравпунктом) должен получить от администрации предприятия, училища по форме № 278 в двух экземплярах точные списки обучающихся, работающих подростков. После этого должен быть разработан и согласован с администрацией предприятия, училища график посещений подростками осмотра, а также согласован с главным врачом больницы, обеспечивающим проведение этого мероприятия медицинским персоналом (врачи-специалисты) и особыми-диагностическими методами (рентгеновские, лабораторные исследования, электрокардиограммы и т. д.).

В состав комиссии по медицинскому освидетельствованию рабочих-подростков должны быть включены терапевт, хирург, невропатолог, окулист, отиатр и фтизиатр. В случае невозможности укомплектовать комиссию каким-либо специалистом освидетельствование по данной специальности проводит другой врач. В необходимых случаях подростков направляют на консультацию к специалисту в соседний район или в республиканскую больницу.

Оценка результатов осмотра производится на основании всего комплекса полученных данных. В резолютивную часть карты вносятся предложения и рекомендации для последующего выполнения врачом, администрацией, родителями и самими подростками.

На больных рабочих-подростков, взятых под диспансерное наблюдение в лечебном учреждении, заполняется только одна «контрольная карта диспансерного больного» (форма № 30), которая хранится у врача, ответственного за лечение больного подростка.

Контрольные карты диспансерных больных не заменяют индивидуальных амбулаторных карт (форма № 25), а ведутся параллельно с ними и служат для контроля за осуществлением диспансеризации и хранятся в кабинете врача.

Отчет о результатах диспансеризации рабочих-подростков составляется на основании «контрольной карты диспансерного больного» (форма № 30).

Отчет «О результатах диспансеризации рабочих-подростков» (форма № 5) является продолжением отчета «О результатах весенних медицинских освидетельствований рабочих-подростков по форме № 5-д», так как данные этого отчета обеспечивают оценку результатов лечения больных, выявленных в текущем году при весеннем освидетельствовании.

ATSIDOFIILBAKTERMASSI RAVITOIMEST

A. Vares

(Tallinna Vabariiklikust Ilaiglast, peaarst M. Smirnova)

Oletus bulgaaria kepikese elunemisest inimese sooltes ei leidnud eksperimentaalse kontrollimise puhul kinnitust, kuid I. Metšnikovi geniaalne idee piimhappebakterite soodsast toimest organismisse leidis hiljem tunnustuse, eriti pärast seda, kui Moro 1900. a. eraldas imikute väljaheidetest atsidofiilbaktereid.

Selgitati, et atsidofiilbakter on fenooli, indooli ja leeliste suhtes vastupidavam kui bulgaaria kepike ning seepärast on ta imikutel peamiseks soolte mikroflooraks, kuid on võimeline elunema ka täiskasvanute sooltes ning seal ohtrasti paljunema, lämmatades roiskumisbakterite kasvu, olles samal ajal biokeemilise antiseptikumina organismile kahjutu.

Pärast seda hakati atsidofiilbaktereid sisaldavaid piimasaadusi laialdaselt kasutama krooniliste koliitide, düsenteeria, kõhukinnisuse jne. puhul (Rodkin, Levina jt.). Ilmus rida töid, mis olid pühendatud atsidofiilbakterite omadustele ja nende kasutamisele meditsiinis ning loomakasvatuses.

Suurt huvi selle ala vastu äratas vajadus otsida uusi atsidofiilbakterite preparaate ja tõsta nende ravitoimet.

1919. a. lasti USA-s välja atsidofiilpiim, mis sisaldas valmistamise päeval vähemalt 200 miljonit ja hilisemal tarvitamisel mitte vähem kui 100 miljonit mikroobirakku ühes milliliitris.

1944. a. hakati tootma atsidofiilpastat, mis sisaldas 1 g preparaadis kuni 60 miljonit bakterit.

Eesti NSV autorite kollektiiv, mille koosseisu kuulusid I. Altmeri, K. Voitk, E. Lemming, V. Rätsep ja J. Klaar, töötas välja peaaegu puhta atsidofiilbaktermassi valmistamise tehnoloogia, mis sisaldab ühes grammis umbes 200 miljardit bakterit.

Bakteriaalse indeksi järgi vastab 10 g sellist massi 200-500 milliliitrile atsidofiilpiimale.

Mainitud baktermassi valmistamine põhineb piimhappebakterite kasvatamisel lahustuvate ühenditega rikastatud vadakul. Preparaati saadakse vadaku separeerimise teel pärast bakterite kasvamist.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut (A. Jannus) uuris eksperimentaalselt atsidofiilbaktermassi toimet intoksikatsiooniseisunditele merisigadel, kellele enne oli manustatud penitsilliini.

On teada, et penitsilliin lämmatades merisigadele normaalse grampositiivse soolemikrofloora, põhjustab raske düsbakterioosi gramnegatiivsete bakterite ülekaaluga ja seega loomade hukkumise.

Samaaegne atsidofiilbaktermassi manustamine päästab mitte ainult looma, vaid isegi soodustab nende elutegevust.

Arvestades seda, et vastupidiselt merisigadele on inimese normaalses sooleflooras ülekaalus gramnegatiivsed mikroobid, siis on atsidofiil-

baktermassi tarvitamine mitmesuguse etioloogiaga düsbakteriooside puhul soole bakteriaalse peisaaži normaliseerimiseks täiesti põhjendatud.

Käesoleva artikli autori juhtimisel töötav komisjon juhendas 1958. a. jooksul atsidofiilbaktermassi ravitoime kliinilist uurimist mõnede haiguste puhul. Vaatamata sellele, et atsidofiilbakterproduktide toimele on pühendatud väga palju töid ja kirjandus selle küsimuse kohta on laialdane, dikteeris tarviduse sellisteks uurimisteks esiteks asjaolu, et atsidofiilbaktermass erineb teistest selletaolistest preparaatidest väga suure bakterite kontsentratsioonist poolest ja seda ei ole veel keegi kliiniliselt katsetanud, teiseks vajas rida sellesuunalisi töid kliinilist kontrollimist. Ebaselged olid ka uue preparaadi doseerimise ja tarvitamise meetodi küsimused.

Enne katsetuste algust kinnitas komisjon uurimisplaani, haigete kontingendi, preparaadi tarvitamise meetodika ja doosi, kliiniliste ja laboratoorsete uurimiste kliinilise miinimumi ja dokumenteerimise korra.

Objektiivsemate ja usaldusväärsemate andmete saamiseks otsustati katsetusi läbi viia võimalust mööda paralleelselt mitmes baasis, nii statsionaaris kui ka polikliinikus. Paralleelsetele tähelepanekutele statsionaaris ja polikliinikus omistati erilist tähelepanu, sest hospitaliseerimine ise osutab väga sageli soodsat toimet haiguse kulule, peale selle rakendati statsionaaris samaaegselt ka teisi ravivahendeid, näiteks antibiootikume, füsioteraapiat jt., kuna polikliinikus tarvitati samal ajal ainult atsidofiilbaktermassi.

Tabel 1

Atsidofiilbaktermassi tarvitamise tulemused mõnede haiguste puhul

Jrk. nr.	Haigused	Kokku juhtusid	Nende hulgas		Positiivne tulemus	Tulemuseta	Negatiivne tulemus
			mehi	naisi			
1.	Gastroduodeniidid	8	4	4	6	1	1
2.	Kroonilised koletsüstiidid	23	6	17	19	2	2
3.	Hüpoatsiidsed ja anatsiidsed gastriidid	71	24	47	14	6	1
4.	Resetseeritud mao haigused	3	2	1	3	—	—
5.	Kroonilised enterokoliidid	2	1	1	2	—	—
6.	Kroonilised koliidid	4	—	4	3	—	1
7.	Ureemilised gastriidid	1	—	1	—	—	1
8.	Lamblioossed koletsüstiidid	18	—	18	15	2	1
9.	Botkini tõbi	3	3	—	3	—	—
10.	Krooniline kõhukinnisus ja mao-sooletrakti düskinees valdava kõhukinnisusega	16	3	13	13	3	—
11.	Kaksteistsörmiksoole haavandtõbi	3	3	—	1	—	2
12.	Krooniline düsenteeria	67	30	37	—	67	—
13.	Äge düsenteeria	26	14	12	—	26	—
14.	Düsenteeriapisiku kandmine	13	5	8	—	13	—
15.	Mitmesuguse etioloogiaga neurodermiidid ja ekseemid	36	13	23	—	—	36
Kokku		294	108	186	129	120	45

Atsidofiilbaktermassiga ravimise efektiivsust jälgisid kogenud klinitsistid-terapeudid A. Mardna, L. Mardna, B. Liberman, H. Janson, pediater N. Sjuleva, infektsionistid M. Rannit ja R. Mai ja dermatoloog H. Dreier. Sissevõtmise annuseks määrati 5,0 kolm korda päevas 0,5 tundi enne söömist. Nahahaiguste ravimisel tarvitati preparaati samaaegselt paiksest ja sissevõtmiseks ühesuguses annuses. Plaani järgi otsustati preparaati katsetada alljärgnevate haiguste puhul:

1. kroonilised hüpoatsiidsed ja anatsiidsed gastriidid;
2. kroonilised hepatokoletsüstiidid, koletsüstiidid, kolangiidid ja duodeniidid;
3. krooniline kõhukinnisus ja mao ning soolte düskineesid, enamasti kõhukinnisusega;
4. kroonilised enterokoliidid ja kroonilised koliidid;
5. äge ja krooniline düsenteeria;
6. düsenteeriapisikute kandmine;
7. mitmesuguse etioloogiaga neurodermiidid ja ekseemid.

Preparaadi proovimise käigus tehti ravivate arstide initsiatiivil üksikuid tähelepanekuid mõnede haiguste puhul, mis ei olnud plaanis ette nähtud, nagu kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, resetteeritud maohaigused, Botkini tõbi jt. Mainitud tähelepanekud esitatakse samuti käesolevas töös. Üldised ravitulemused kõikide nosoloogiliste ühikute kohta esitatakse tabelites 1 ja 2.

Tabel 2

Võrdlevad ravitulemused
atsidofiilbaktermassi kasutamisel statsionaaris ja polikliinikus

Jrk. nr.	Haigused	Statsionaaris				Polikliinikus			
		Kokku juhtumeid	Positiivne tulemus	Tulemuseta	Negatiivne tulemus	Kokku juhtumeid	Positiivne tulemus	Tulemuseta	Negatiivne tulemus
1.	Gastroduodeniidid	7	6	1	—	1	—	—	1
2.	Kroonilised koletsüstiidid	5	4	1	—	18	15	1	2
3.	Hüpoatsiidsed ja anatsiidsed gastriidid	19	17	2	—	52	47	4	1
4.	Resetteeritud mao haigused	2	2	—	—	1	1	—	—
5.	Kroonilised enterokoliidid	1	1	—	—	1	1	—	—
6.	Kroonilised koliidid	1	1	—	—	3	2	—	—
7.	Ureemilised gastriidid	1	—	1	—	—	—	—	—
8.	Lamblioossed koletsüstiidid	1	1	—	—	17	14	2	1
9.	Botkini tõbi	3	3	—	—	—	—	—	—
10.	Krooniline kõhukinnisus ja mao-sooletrakti düskineesia valdava kõhukinnisusega	14	10	4	—	2	2	—	—
11.	Kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi	—	—	—	—	3	1	—	2
12.	Krooniline düsenteeria	67	—	67	—	—	—	—	—
13.	Äge düsenteeria	26	—	26	—	—	—	—	—
14.	Düsenteeriapisiku kandmine	13	—	13	—	—	—	—	—
15.	Mitmesuguse etioloogiaga neurodermiidid ja ekseemid	—	—	—	—	36	—	—	36
Kokku		160	45	115	—	134	83	7	44

294 kliinilisest tähelepanekust saadi positiivsed tulemused 129 haigel (43,8%), negatiivseid tulemusi täheldati 45 haigel (15,3%) ning ravitulemused puudusid 120 haigel (40,9%).

Mis puutub haigete kontingenti polikliinikutes, siis olid ravitulemused siin tunduvalt paremad, võrreldes statsionaarsete haigetega.

nimelt: 134 polikliinilisest haigest täheldati positiivseid tulemusi 83 inimesel (62,0%), kuna statsionaaris oli samal ajal see protsent 28. Selline vahe seletub erinevate haigete kontingentidega polikliinikus ja statsionaaris, seepärast on parem ravitulemusi võrrelda iga nosoloogilise ühiku järgi polikliinikus ja statsionaaris eraldi.

Elkõige peab mainima, et mitmesuguste nahahaiguste korral atsidofiilbaktermassi välispidine tarvitamine tekitab põletikulise protsessi ägenemise, s. o. andis negatiivse tulemuse. Selles küsimuses ei ühti meie andmed V. Firtseva andmetega.

Preparaadi seespidine tarvitamine ei osutanud tunduvat desensibiliseerivat toimet. Täiesti mõjuta jäi preparaat düsenteeria mitmesuguste vormide puhul, kaasa arvatud ka düsenteeriapiisikute kandmine, mis samuti ei lange ühte L. Levina jt. tähelepanekutega.

Kui välja arvata need kaks suurt haigete rühma (142 inimest), siis on ravitulemuste näitaja kõikide muude haiguste osas võrdlemisi kõrge, nimelt saadi 152 haigest positiivseid tulemusi 129, mis moodustab 85,5%. Statsionaarides oli see näitaja 83,3%, ja polikliinikutes 84,7%.

Ülaltoodud arvude põhjal võib järeldada, et ühesuguse haigete koosseisu juures on atsidofiilbaktermassi ravitulemused ühesugused nii polikliinikus kui ka statsionaaris ning seda ei saa seada sõltuvusse teistest raviteguritest, mida rakendati paralleelselt preparaati saavatele haigetele.

Ravitulemuste hindamisel arvestati laboratoorseid andmeid, haige kehakaalu, subjektiivseid kaebusi, mao- ja sooletrakti talitluse dünaamikat jm. Kõikide seedeelundite haigestumiste puhul anti positiivne hinnang isu paranemise, haigusega seosesolevate ebameeldivate aistingute kadumise, kehakaalu suurenemise, rooja normaliseerumise ja patoloogiliste elementide kadumise alusel kaksteistsõrmiksoole sisaldisest. Mis puutub maomahla analüüsidesse, siis mingeid nihkeid seoses atsidofiilbaktermassi tarvitamisega ei täheldatud nii statsionaaris kui ka polikliinikus. Ülalmainitud asjaolu annab põhjust oletuseks, et atsidofiilbaktermassi ravitulemused sõltuvad peamiselt mao-sooletrakti bakteri-aalse peisaaži paranemisest ja düsbakterioosi likvideerimisest, vitamiinide balansi normaliseerumisest mao-sooletrakti kroonilisi haigusi põdevatel haigetel.

Häid ravitulemusi atsidofiilbaktermassi kasutamisel saadi haigetel, kes põdesid kroonilist koletsüstiiti (82,6%), lambliooset koletsüstiiti (83%), hüpoatsiidset ja anatsiidset gastriiti (91%) ja kroonilist kõhukinnisust ning mao-sooletrakti düskineesiat koos kõhukinnisusega (75%).

Märgatavaid ravitulemusi saadi ka gastroduodeniitide korral. Kaksteistsõrmiksoole haavanditõve puhul saadi 2 juhul kolmest negatiivne tulemus, mida võis ka oodata teoreetiliste viidete põhjal ning preparaadi kasutamist nende haiguste puhul tuleb pidada vastunäidustatuks.

Komisjoni ülesannetesse ei kuulunud atsidofiilbaktermassi ravitulemuste kaugtagajärgede uurimine. Kuid näib, et teatavate näidustuste olemasolu puhul tuleb preparaati määrata pikemaks ajaks dieetproduktina.

Väheste tähelepanekute põhjal tekib mulje, et atsidofiilbaktermassi võib tarvitada ka imikutel krooniliste toitumishäirete puhul.

Arusaadavalt tuleb sel puhul kinni pidada preparaadi vajalikest säilitamistingimustest tema saastumise ja riknemise vältimiseks. Praktika on näidanud, et külmkapi tingimustes (s. t. umbes +4° C juures) säilib preparaat hästi 2 kuni 4 nädalat. Vajalikuks tingimuseks preparaadi tarvitamisel ambulatoorseks praktikas on pakkimine 15—30 g koguses, kõige parem tuubides, sest enamikul haigetest ei ole kodus vajalikke tingimusi selle pikemaajaliseks säilitamiseks. Preparaadi autorid peaksid samuti mõtlema preparaadi maitse parandamisele, sest osal haigetest põhjustas preparaadi sissevõtmine ebameeldivaid aistinguid.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu aprobeerimiskomisjon kiitis heaks komisjoni kokkuvõtte sellisel kujul nagu see on esitatud käesolevas artiklis ja soovitas atsidoofiilbaktermassi ravipreparaadina rea mao-sooletrakti haiguste ravimiseks.

О лечебных свойствах ацидофильно-бактериальной массы

А. Варес

Резюме

Ацидофильная масса, технология изготовления которой была разработана в Эстонской ССР, содержит в одном грамме препарата около 200—500 миллиардов бактерий и представляет собой почти чистую живую культуру ацидофильной палочки. Все другие ранее предложенные ацидофильные продукты отличались меньшей концентрацией микробов. Клиническое испытание нового препарата ставило перед собой задачу выяснить его лечебный эффект при ряде заболеваний, установить дозировку, способ применения, показания и противопоказания к лечению.

Наблюдения велись как в стационаре, так и в поликлинике. Число больных 294. При внутреннем употреблении препарата 3 раза в день по 5,0 за полчаса до еды хороший терапевтический эффект получен при хронических субацидных и анацидных гастритах, хронических гепатитах, хронических запорах и дискинезиях желудочно-кишечного тракта с преобладанием запоров, хронических колитах и энтероколитах.

Лечебный эффект отсутствовал при острой и хронической дизентерии и дизентерийном бациллоносительстве, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При нейродермитах и экземах различной этиологии (при местном применении препарата) отмечался отрицательный эффект (обострения).

Терапевтический эффект при лечении различных хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта ацидофильно-бактериальной массой сводился к улучшению аппетита, исчезновению неприятных ощущений, связанных с заболеванием; нарастанию веса тела, нормализации стула и исчезновению патологических элементов в дуоденальном содержимом. Наряду с этим каких-либо сдвигов в секреторной функции желудка не отмечалось.

Благотворное действие ацидофильно-бактериальной массы на функцию желудочно-кишечного тракта, по нашему мнению, связано с изменением бактериального пейзажа кишечника, ликвидацией дисбактериоза и нормализацией витаминного баланса у больных.

Tähelepanekuid atsidoofiilbaktermassi kasutamisel maksa- ja maohaiguste raviks

E. Vardja

(Abja Linnahaiglast, peaarst E. Vardja)

Atsidoofiilbaktermassi hakkasime kasutama haigete ravimiseks 1955. aasta lõpul. Esimesteks patsientideks olid 10 nakkusliku kollatõve (*Morbus Botkini*) haiget.

Kõik need patsiendid said 1 teelusika- või noaotsatäie (2—3 g) atsidoofiilbaktermassi 3 korda päevas 15 minutit enne sööki. Lisaks sellele said nad veel 0,05 g nikotiinhapet 3 korda päevas pärast sööki ning C-vitamiini (2 dražeed 3 korda päevas). Dieet oli rasvavaene.

Haiguskulgu jälgiti haige subjektiivsete kaebuste, inspektsiooni, palpatsioonide ning laboratoorselt uriini sapipigmentide kvalitatiivse määramise põhjal.

Ravi jaoksul võis täheldada, et intoksikatsiooninähud, nagu iiveldustunne, oksendamise ja kõhukorratused kadusid kaheksal patsiendil pärast 24-tunnilist, ühel pärast 48-tunnilist ning ühel juhul pärast 60-tunnilist ravi. Kõigil oli rahuldav isu ning hea enesetunne.

Kolmel patsiendil, kes hospitaliseeriti 3.—4. päeval pärast tüüpiliste haigusnähtude väljakujunemist ning kellel hospitaliseerimise päeval maks ulatus 2 sõrme laiuselt allapoole roidekaart, muutus maks normaalseks keskmiselt pärast kuuepäevast ravi. Naha ja skleerade ikteerilisus kadusid kolme päeva jooksul.

Seitsmel patsiendil, kes hospitaliseeriti 8.—10. päeval pärast tüüpiliste haigusnähtude väljakujunemist ning kellel hospitaliseerimise päeval maks ulatus 2 sõrme kuni kämbla laiuselt allapoole roidekaart, muutus maksa suurus normaalseks keskmiselt pärast 12 päeva kestnud ravi. Naha ja skleerade ikteerilisus ning uriini ja sapipigmentide sisaldus kadusid keskmiselt pärast 8 päeva kestnud ravi.

Järelkontrolli ajal tundsid kõik patsiendid end tervetena ning eelpoolnimetatud uurimismeetodeid kasutades normist kõrvalekaldumisi ei esinenud.

Kolmes perekonnas, kus esines nakkusliku kollatõve juhtumeid, soovitasime kontaktsetel haiguse vältimiseks tarvitada atsidofiilbaktermassi. Uusi haigestumisi enam ei esinenud.

Atsidofiilbaktermassi kasutasime ka ambulatoorsete maohaigete ravimiseks. Uuriti 42 patsienti. 15-l neist esines ülihappesus, 18-l alahappesus või happevaegus. 9-l haigel esinesid mao- või kaksteistsörmiksoole haavandid.

Atsidofiilbaktermassi manustati nendele haigetele samuti nagu nakkusliku kollatõve haigetele, see on 3 korda päevas 1 teelusika- või noaotsatäis 15 minutit enne sööki. Kõikidel patsientidel soovitati hoiduda raskematest füüsilistest pingutustest ning raskesti seeditavatest toitudest. Ravikuur kestis keskmiselt 2 kuud. Haigusnähtude kadumisest või ägenemisest olenedes kestis ravikuur 3 nädalat kuni 4 kuud.

Enne ravikuuri algust kontrolliti haigete magu röntgenoloogiliselt ja analüüsiti nende maomahla. Umbes 1 kord kuus ilmusid haiged ambulatooriumi, kus neid kontrolliti subjektiivsete andmete põhjal ning mõnel juhul ka röntgenoloogiliselt.

Kaheteistkümnest patsiendist, kes põdesid ülihappesusega kroonilist maokatarri, kadusid kaheksal valud maapiirkonnas ja rõhumistunne rindkere all. Isu paranes ning kehakaal tõusis. Kolmel juhul tekkisid aga kõhulahtisus, tugevad kõrvetised maos ning sellest tingitult ka hirm toidu ja ravimi võtmisel. Haiged hakkasid tarvitama söögisoodat. Selline olukord tekkis umbes kaks nädalat pärast atsidofiilbaktermassi tarvitamise algust. Need haiged katkestasid ravi. Ühel juhul jätkas haige baktermassi tarvitamist. Umbes ühe nädala jooksul kadusid tal valud ja kõrvetised ning ta tundis end paranenuna.

Kolmel haigel, kes põdesid ägedat maokatarri, esines peale tugevate valude ja kõrvetiste veel ka iiveldustunne ning oksendamine, kusjuures mõnikord leidis okses verd. Isu puudus, kehakaal langes. Atsidofiilbaktermassi kõrval said nad veel valuvaigistavaid ravimeid (*T-rae opii simpl.*, *T-rae Belladonnae* jm.). Haiged vabastati töölt. Ägedad nähud möödusid kolme nädala jooksul. Umbes sama aja vältel taastus ka kehakaal. Haiguse subjektiivsed ning objektiivsed sümptoomid kadusid.

Kaheksateistkümnest haigest, kes põdesid alahappesusega või happevaegusega maokatarri, olid kuuteistkümnel tulemused head. Neil kadusid kõik haiguse subjektiivsed ja objektiivsed sümptoomid. Kahel juhul ei andnud kuu aega kestnud atsidofiilbaktermassi manustamine tulemusi, ega esinenud ka negatiivseid nähte, nagu kõhulahtisus jm. Ühel, algul positiivse tulemusega juhul, tekkis pingelisel tööperioodil umbes pool aastat hiljem haiguse ägenemine.

Üheksast haigest, kellel esines ülihappesusega maokatarri koos mao või kaksteistsörmiksoole haavandiga, olid seitsmel haigel tulemused head.

Negatiivsed nähud tekkisid kahel juhul. Ühel juhul tekkis ägenemine umbes pool aastat hiljem. Selle grupi kahe haige hilisemal röntgenoloogilisel kontrollimisel haavandeid enam ei leidunud.

Üksikutel patsientidel kõigist eelpoolmainitud maohaigete gruppidest tekkis atsidofiilbaktermassi tarvitamisel vahetult enne sööki rõhumistunne maopiirkonnas ning mõnikord isegi iiveldus. Need nähud kadusid kohe, kui ravimit tarvitati 15 minutit ja isegi 20—30 minutit enne sööki.

Toome ühe karakterse haigusjuhu.

Haige S. L., sündinud 1904. aastal, põdes 1951. aastast alates ülihappesusega maokatarri. Ambulatoorsel vastuvõtul kaebas ta valusid maopiirkonnas, vahel oksendamist ja isutust. Maomahl 29. oktoobril 1951. a. Boas-Ewald'i järgi: Vaba HCL — 46; üldhappesus — 67. Mao röntgenoloogiline leid 30. oktoobril 1951. a. — *Gastritis. Gastropstosis. Hypotonia ventriculi*. Maomahla analüüsi ja mao röntgenoloogilist läbivaigustust teostati 1 kord aastas. 1956. aasta kevadel valud maopiirkonnas ägenesid, esines oksendamine, iiveldustunne ja isutus. Kehakaal langes 1956. aasta oktoobrikuus 48 kg-ni. Haige ei jõudnud enam füüsilist tööd teha. (Varem kaalus 60 kg). Maomahl 16. oktoobril 1956. a. Boas-Ewald'i järgi: vaba HCL — 50; üldhappesus — 87. Mao röntgenoloogiline leid 17. oktoobril 1956. a. *Gastritis. Gastropstosis*. 17. oktoobril 1956. a. soovitati hakata kasutama atsidofiilbaktermassi. Ambulatoorsel kontrollimisel 14. novembril 1956. a. mainis patsient, et tema isu olevat rahuldav, valusid maopiirkonnas enam ei esinevat. Haige ei oksendanud. Jõudu olevat küllaldaselt.

Järgmisel ambulatoorsel kontrollimisel 11. jaanuaril 1957. a. patsient kaalus 63 kg (haiguse ägenemisel 48 kg). Isu oli väga hea. Valusid maopiirkonnas ega oksendamist ei esinenud.

Järeldused

1. Atsidofiilbaktermass aitab nakkusliku kollatõve puhul kiiremini kõrvaldada intoksikatsiooninähte, reguleerib soole talitlust, tõstab isu ning mõjub positiivselt haigete enesetundele. Seda näib olevat soovitav kasutada ka profülaktiliselt nakkusliku kollatõve kolletes.

2. Atsidofiilbaktermass kõrvaldab ägedate ja krooniliste maokatarride ravimisel enamikul juhtudest haigete subjektiivsed vaevused ning stimuleerib organismi paranemist.

3. Atsidofiilbaktermassi võib kasutada hea eduga krooniliste haiguste puhul, kus haigusega kaasneb isutus ning jõu kaotus.

Наблюдения при применении ацидофильно-бактериальной массы для лечения болезней печени и желудка

Э. Вардя

Резюме

В Абьяской городской больнице стали применять ацидофильно-бактериальную массу в конце 1956 г. Первыми были 10 больных с инфекционной желтухой (болезнь Боткина). Все они получали за 15 минут до еды 2—3 г ацидофильно-бактериальной массы и по 0,05 г никотиновой кислоты, а также по 2 драже витамина С 3 раза в день после еды.

После 24—60-часового лечения у 8 больных прекратились тошнота, рвота и расстройства желудка, самочувствие улучшилось, аппетит был удовлетворительный. У 7 больных, госпитализированных на 8 или 10 день после появления типичных признаков болезни, объем печени нормализовался после 12-дневного лечения, желтушность прошла. При проведении последующего контроля все больные чувствовали себя хорошо.

Ацидофильно-бактериальная масса применялась также и для амбулаторного лечения 42 больных катарам желудка. Доза ацидофильно-бактериальной массы и для этих больных была 2—3 г 3 раза в день за 15 минут до еды. Курс лечения в среднем продолжался 2 месяца. Отрицательные явления отмечались только у 2 больных, у остальных же применение ацидофильно-бактериальной массы способствовало их выздоровлению.

Anafülaktilise reaktsiooni juhtum penitsilliini süstimise tagajärjel

A. Vapra

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja k. t. arstiteaduse kandidaat L. Päi, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Boston)

Organismi ülitundlikkust penitsilliini suhtes esineb sageli, kuid raskeid anafülaktilisi reaktsioone võrdlemisi harva. Täheleddasime Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonnas ühe sellise juhu, mille esitame allpool.

Haiguslugu nr. 1584, 1958. a. 50-aastane naine, elukutselt sanitar.

Sesoonikatarri haigestumise tõttu süstiti patsiendile töökohal lihasesisese 23. dets. 1958. a. lõuna ajal 200 000 TŮ penitsilliini 0,5-protsendilises novokaiinilahuses.

Umbes 2 minutit pärast süstimist tundis haige põletust kurgus, mis levis üle kogu keha, arenesid ka tugev nõrkus, hingeldus, näo tsüanoos, käed ja jalad muutusid jahedaks. Samal ajal tundis haige ka tugevat valu südamepiirkonnas. Arenes kollaps.

Objektiivsel uurimisel täheldati südame tuhme toone. Pulss täitus nõrgalt, vererõhk oli 60/40 mm Hg. Süstiti kordiamiini, pantopooni ja atropiini. Haige seisund selle tagajärjel aga ei paranenud, mispärast pool tundi hiljem süstiti veel 0,25 mg strofantiini.

Haige suunati sisehaiguste osakonda diagnoosiga: *infarctus myocardi*. Haiglas patsiendil valu kadus, kuid nõrkus säilis. Järgmisel päeval oli haige enesetunne rahuldav, südame talitus regulaarne, toonid puhtad, vererõhk 105/80 mm Hg

Kliinilised uurimised: 24. dets. protrombiini vereseerumis 97%. SR 21 mm Pantšenkovi järgi. Leukots. 14 700. Valgeverepilt: eosinofiile 8, keeptuumalisi 5, segmenttuumalisi 72, lümfotsüüte 12, monotsüüte 3. 27. detsembril SR 6 mm. Leukots. 4900.

EKG (23. dets. 1958. a.). Regulaarne siinusrütm, elektrilise telje vertikaalne asetus. Juhte aeglustumine aatriumes. Ülekoormus paremas ventrikulis. Elektrilise süstooli pikenemine. Keskmise voltaaž.

Kliinikus viibimisel tundis patsient end hästi. Kliinilisel uurimisel ei saanud sedastada südamelihase infarkti. Tekkis kahtlus, kas haigel ei esine penitsilliini suhtes ülitundlikkuse reaktsiooni nähte.

31. dets. 1958. a. tehti patsiendile penitsilliini intrakutaanne test (süstiti 0,1 ml penitsilliinilahust 10 000 TŮ sisaldusega). Üks minut pärast süstimist tekkis patsiendil näopunetus, huuled ja käed muutusid tsüanootiliseks. Patsient kaebas, et tal on raske hingata, kurgus tekkis kuumusetunne, mis levis üle kogu keha. Patsient muutus rahutuks ja hingeldas.

Ordineeriti kordiamiini, efedriini, strofantiini. 30 minuti pärast haigusnähud möödusid, patsiendi enesetunne paranes tunduvalt. 1 tund hiljem oli vererõhk 85/35 mm Hg. 2 tundi hiljem tundis patsient end võrdlemisi hästi.

On selge, et antud juhul oli tegemist ülitundlikkuse reaktsiooniga penitsilliini suhtes (anafülaktiline šokk), sest raske reaktsioon tekkis vahetult pärast penitsilliini süstimist intrakutaanselt.

Tuleb märkida, et aasta tagasi raviti haiget penitsilliiniga, kuid seejuures mingisuguseid kõrvalnähte ei esinenud. Hiljem haiglas viibides patsiendil ei esinenud erilisi kaebusi ja ta lahkus kliinikust hea enesetundega.

On oluline enne penitsilliinravi küsitleda haigeid, kas nendel on varem esinenud ülitundlikkuse nähte (nõgestõbi, astma jm.) ja kahtluse korral teha nahatest, sest intrakutaanne test võib muutuda ülitundlikele haigetele ohtlikuks.

Nahatest ehk skarifikatsioonimeetod on äärmiselt lihtne ja ohutu.

Kergelt skarifitseeritud nahale asetatakse 1 tilk penitsilliini värskest valmistatud lahust (kontsentratsiooniga 10 000 TŮ 1 ml-s) ja jälgitakse reaktsiooni 20 minuti jooksul (A. Libov).

Positiivse reaktsiooni korral tekib erüteem, mis vihjab ülitundlikkusele penitsilliini suhtes.

Neerukivi allatoomine kusejuhast

R. Giršbein ja H. Tuul

(Jõhvi rajoonihaiglast, paarast S. Loiferman)

B. Kuptšik kirjeldab ajakirjas «Вестник хирургии им. И. И. Грекова» 1957, nr. 12, lk. 99—100 neerukivi väljutamist lumbaalanesteesia ja vee-koormuse abil. Rakendasime seda ravi edukalt ka Narva linnahaiglas. Esitame kokkuvõtte vastavast haigusloost:

Haige P., 44 a. vana, saabus Jõhvi haigla sisehaiguste osakonda 15. märtsil 1959. a. (haiguslugu nr. 1107). Ta kaebas valusid kõhu paremal pool ja nimmes ning sagedast valulikku kusemist.

Valuhood esinesid alates 1947. a. Haiget ei ole varem uuritud. Valud möödusid konservatiivsete abinõude (soojus, atropiin) toimetel. Viimane valuhoo, mis sundis haiget arsti poole pöörduma, algas 2. märtsil 1959. a. Haige paigutati Sompaa haiglas, kust 15. märtsil toodi Jõhvi haiglasse.

Haige üldseisund oli rahuldav. Nahk ja nähtavad limaskestad olid tavalist värvust. Luu ja lihaste- ning lümfisüsteem iseärasusteta. Kehatemperatuur normaalne. Pulss rütmiline, rahuldava täitumuse ja pingega, 78 lööki minutis. Vererõhk 120/75 mm Hg. Südametoonid puhtad ja selged. Kopsudes vesikulaarne hingamiskahin. Köht pehme, mõõdukalt valulik piki parema kusejuha kulgu ja häbemeliiduse kohal. Neerud ei ole palpeeritavad. Pasternatski sümptoom paremal pool positiivne. Vere analüüs 16. III 1959: Leukotsüüte 6550, SR 43 mm tunnis. Hemoglobiin 77%. Uriini analüüs 16. III 1959: Erikaal 1014, reaktsioon hapu, valku 0,033 mg%, polümorfset epiteeli 0—2—4 vaateväljas, erütrotsüüte 40—60 vaateväljas, kromoskoopia 17. III 1959. Kusepõie maht 200 ml. Limaskest tavaline, põletikuliste nähtudeta. Indigokarmiini eritus vasakust kusejuhast 5 minuti pärast intensiivse joana, 10 minuti möödudes paremalt värvainet ei eritunud. Kusejuhade suudmed iseärasusteta.

Tehti röntgenogramm ja veenisise urograafia sergosiiniga. Selgus, et paremal kuseteeses asub 2 konkrementi: üks — parema neeruvaagna piirkonnas, teine — parema kusejuha alumises kolmandikus sentimeetri võrra parema niude-luutiiva alumisest servast allpool, ristluu varju kõrval.

Mõlemal pool on neeruvaagnad ja kusejuhad kontrastainega täitunud, parem neeruvaagen, karikad ja parem kusejuha on laienenud. Kusejuha laius on kuni 0,8 sm.

Mõlema neeru eritusfunktsioon on säilinud. Zimnitski prooviga patoloogiat ei sedastatud.

Raviks määrati valude puhul atropiini, urodaani, papaveriini. Seoses sellega, et haige seisukord ei paranenud ja valud jätkusid, viidi haige opereerimiseks kirurgiasakonda.

Otsustasime alguses kusejuhast kivi allatoomiseks kasutada veenisisest vee-koormust koos lumbaalanesteesiaga, nagu see on kirjeldatud eespoolmainitud aja-kirjas.

2. aprillil 1959. a. tehti haigele lumbaalanesteesia, viies lülisambakanalisse 4-nda nimmelüli vahelt 5 ml 2-protsendilist novokaiinilahust. Vererõhu stabiliseerimiseks süstiti eelnevalt naha alla 1 ml kofeiinilahust. Lumbaalanesteesia levis kuni rinnanibude piirkonnani ja püsis 2 tundi 15 minutit. Pärast anesteseerimist asetati haige voodisse ja alustati kohe füsioloogilise lahuse nirstamist tilkhaaval. Poolteise tunni jooksul nirstati 2000 ml füsioloogilist lahust. 30 minutit pärast nirstamise algust asetati haige voodisse istuli asendisse ja süstiti naha alla 1 ml atropiini.

Tilknirstuse ajal kõikus vererõhk väikeses ulatuses (120/80—135/80). 2 tundi pärast nirstuse algust haige urineeris iseseisvalt, eritus 300 ml uriini. Pärast nirstust oli haigel lühikest aega vappkülml.

Ohtul tehtud röntgenograafia näitas, et kivi oli kusejuhas nihkunud allapoole ja asetses paremal pool esimese õndralüli tasapinnast mõnevõrra madalamal.

Ohtul tõusis kehasoojus kuni 38° ja püsis 3. aprillini, langedes seejärel normini.

4. aprillil ja 8. aprillil jõi haige poole tunni jooksul 2000 ml vett, talle süstiti 1 ml atropiini naha alla, kasutati soojendajat ja soovitati teha aktiivseid liigutusi. 10. aprillil väljus kusiti kaudu kivi mõõtmetega 0,9×0,6×0,4 sm.

Valud kõhus lakkasid. Kontrollimiseks tsüstoskoopiat ja röntgenograafiat ei tehtud, sest haige soovis perekondlikel põhjustel haiglast lahkuda.

Otsustasime oma tähelepaneku avaldada, sest mõnedel juhtudel võib mainitud meetodikat edukalt kasutada kivi kusejuhast allatoomiseks.

JOHANNES VARES-BARBARUS ARSTINA

(70. sünniaastapäeva puhul)

R. Markovitš

(Paide rajooni haiglast, peaarst B. Pö d e r, juhendaja Tartu Riikliku Ülikooli Arsti-teaduskonna hügieeni kateedri juhataja, arstiteaduse doktor M. K a s k)

Johannes Vares-Barbarus, väljapaistev eesti arst, luuletaja ja riigi-mees, sündis 12. jaanuaril 1890. a. Heimtali vallas, Viljandimaal. Kesk-hariduse omandas ta Pärnu gümnaasiumis, mille lõpetas 1910. a. kevadel. Sama aasta sügisel astus J. Vares Kiievi Ülikooli arstiteaduskonda, kus õppis 20. augustini 1914. a., mil ta mobiliseeriti sõjaväkke just enne riigieksameid.

1917. a. sooritas J. Vares riigieksamid Kiievi Ülikooli juures ja asus 1918. a. Pärnusse.

Pärnus ei võetud noort algajat arsti kuigi suure vaimustusega vastu, sest seal töötas juba 20 arsti sõjaeelse 6 asemel. Olles aga hea spetsialist ja alati abivalmis arst võitis J. Vares üldise populaarsuse, eriti oli ta hinnatud töölisringkondades.

J. Vares organiseeris endale 1921. a. füsioteraapia kabineti ja väikese laboratooriumi. Laboratooriumis uuris J. Vares patsientide verd, uriini ning rooja. 1920.—1924. a. tegeles ta intensiivselt tuberkuloosahaigete ravimise küsimusega.

Töö praktilise arstina ja tegelemine tuberkuloosiprobleemidega suru-vad tema ilukirjandusliku tegevuse sel perioodil hoopis tahaplaanile. Seda näeme kujukalt tema kirjadest J. Semperile 25. VIII 1921. a. «...Tartu sõita ei saa kuidagi — olen haigetega seot, aga kaastöö saa-dan...» ja 16. IX 1921. «...Tartu sõitu ei saa kuidagi ette võtta, kuna mitme tiisikushaigega seot olin, kellele igapäev tuberkuliini ehk kulla-preparaadi pritsimine teha tuleb; ka huvitab mind sarnase ravitsemise teaduslik külg, nii et järjekindlalt ilma katkestamata töötada tuleb» (1).

1923. aastal ilmus ajalehes «Päevaleht» tema kaheosaline artikkel «Mis tuleks meil tiisikuse vastu võitlemise suhtes teha» (2). 1924. a. sep-tembris võtab ta uuesti sõna sama ajalehe veergudel pealkirja all «Tii-sikuse vastu võitlemise probleem» (3).

1924. a. kevadel enne ülalmainitud artikli ilmunist esineb J. Vares Pärnu arstide seltsis põhjaliku ettekandega tuberkuloosi profülaktika alal. Selles ettekandes valgustatakse põhjalikult toleaeagseid tuberkuloosi-vastase võitlusega seotud probleeme. Tema arvates on tuberkuloosi leviku põhjusena esiplaanil halvad sotsiaalsed tingimused [(1) Kirjast A. Adsonile ja M. Underile 14. IV 1921]. Kahjuks pole mainitud ette-kande käsikirja seni leitud. Samas kirjas kirjutab ta «...tuli figureeri vastu tahtmist paaril koosolekul, kus tuli kokku puutuda pappide ja jesuii-tide karjaga, olgu saatus neile silmakirjateenijatele armulik...»

Kirjades sõpradele annab ta väga sageli meditsiinilist nõu, mille põh-jal võib teha mõningaid järeldusi tema arstiteaduslikest vaadetest. Ta käsitas organismi kui tervikut, omistades erilist tähtsust neuroendokriinse süsteemi juhtivale osale ning selle tihedale seosele teiste organite ja süs-teemidega.

Selles suhtes pakub huvi tema kiri J. Semperile [(1) 15. XII 1932], milles ta toob esile maopatoloogia põhjused: «Tingimata on süüdi ka

närvikava tulpimus, sest *plexus solaris* ja *plexus coeliacus* pole tundelik ainult poksinahkkinda «sirgetele», vaid ka eluvintsutustele, ...»

Samas kirjas märgib ta: «... distantsdiagnoos võib ekslik olla, seda enam, et isegi silmaga takseerides ja käega kobades eksitakse.»

J. Varese meditsiinilised nõuanded olid alati kompleksed, kuid lihtsad ja kergesti rakendatavad. Kunagi ei unustanud ta selgitamast režiimi ja dieeti. Väga täpselt selgitas ta ravimite tarvitamisviisi ja aega, võimalike kõrvalnähtude tekkimist ning nende vältimist. Sageli määras ta haigetele kehalisi harjutusi, õhuvanne ja veeprotseduure. J. Varese suhtumises haigetesse paistis eriti silma tema rahustav ja sõbralik lähenemisviis, põhjalikkus haigete ja neid ümbritseva keskkonna tundmaõppimisel, äärmine täpsus, kiire reageerimine väljakutsetele.

Tuleb hinnata tema abivalmist suhtumist Pärnu linna elanikkonna vaesematesse kihtidesse, keda ta sageli abistas tasuta ja mõningatel juhtudel tuli tal isegi muretseda ravimid oma kulul.

Oma suhtumises ühiskonda on ta kodanluse ja väikekodanluse äge vaenlane. See leiab eredat kajastust tema kirjavahetuses J. Semperi, A. Asoni, M. Underi, F. Tuglase ja teistega (1).

J. Varese suhtumist kodanlikku intelligenti väljendab kujukalt väljavõte tema kirjast J. Semperile [(1) 26. XI 1921. a.] «neil ei ole ainustki tunnismärki vaimliste huvide arendamise suhtes. Bürokraadid ja kodanlus otsib omale muid huvisid, avatakse (ja nimelt Pärnus) kodanikkude klubi...» ja samas edasi «... Eks ole «Bürgerklub» mis «Bürgerklub» ja imestati kui ütlesin, et liikmeks astuda ei soovi. Taevakene, kõik teised tohtrid on liikmed!»

Nagu näeme, jagab J. Vares ühiskonna kahte leeri, kus ühel pool on kodanlus oma kannupoistega ja teisel pool töörahvas koos progressiivse haritlaskonnaga, kelle hulgas oli ka Barbarus.

J. Vares töötab aktiivselt Pärnu Ühishaigekassas, peab Rahvaülikoolis loenguid psühholoogia ja psühhiaatria alal. Aastatel 1921—1922 loeb ta hügieeni ja füsioloogiat spordikursustel.

1928. aastal viibis J. Vares NSV Liidus Lev Tolstoi juubelipidustustel. Ta astus eriti ägedalt välja Eestis pead tõstnud fašismi vastu. 1935. a. viibis ta uuesti turistina Moskvast, kus kohtus ka meie tuntud skulptori Jaan Koortiga.

1939. a. novembris asus J. Vares Tallinna.

1940. aastal ilmus tema artikkel ajakirjas «Eesti Arst» nr. 3, lk. 180 pealkirja all «Lihtne portatiivne seadis pleurapunktsiooni hõlbustamiseks» (koos vastava joonisega).

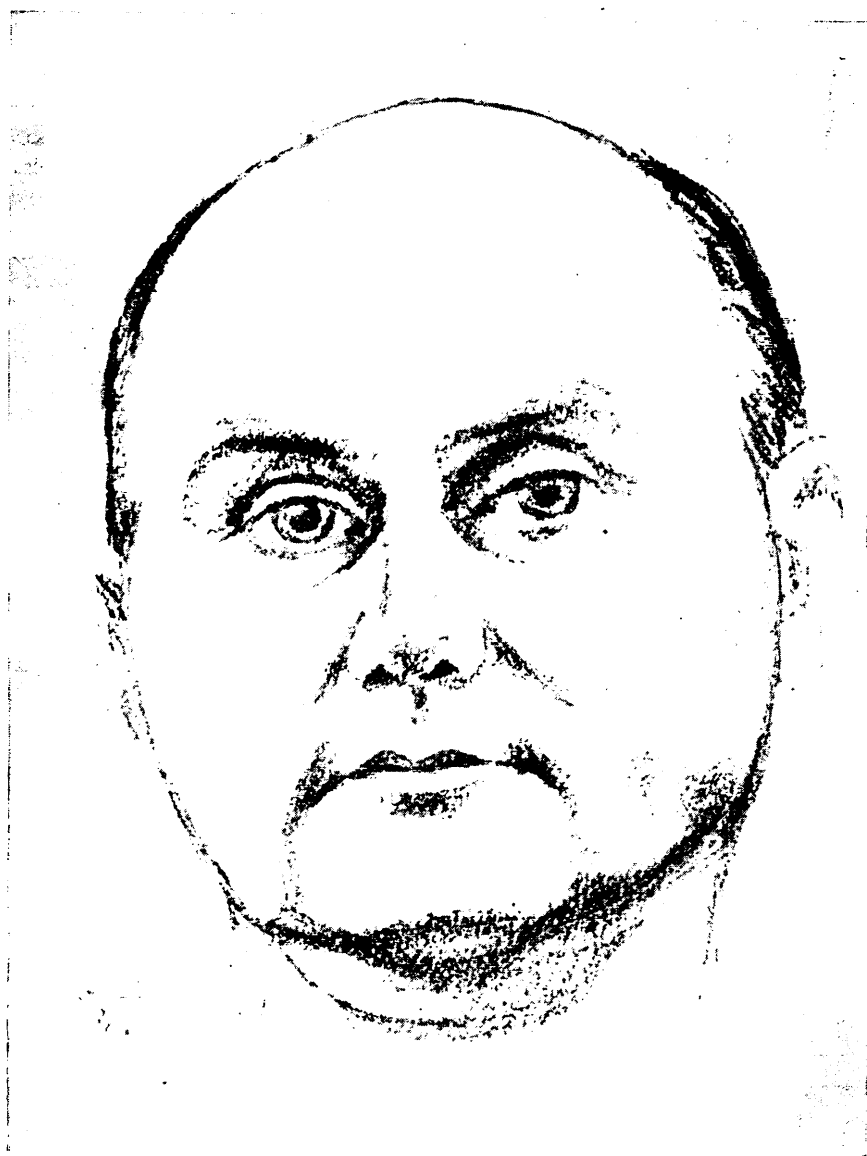
Pärast 1940. a. juunipööret asus J. Vares-Barbarus vastutavale riiklikule tööle olles Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimene esimees kuni oma surmani 29. novembril 1946. a.

Sel ajal ta arstina ei tegutsenud, võttis aga väga aktiivselt osa noore Nõukogude vabariigi tervishoiu korraldamisest.

Mälestus arstist Johannes Varesest, kes pühendas 32 aastat oma elust meditsiini teenimisele, ei kustu nende südames, kes teda tundsid.

Noortele meedikutele jääb ta arsti-humanisti helgeks eeskujuks, kelle arstlik tegevus väärib täiendavat uurimist.

Allikad: 1. J. Vares-Barbaruse kirjavahetus J. Semperi jt. (1910—1946). ENSV TA F. R. Kreutzwaldi nim. Kirjandusmuuseumi käsikirjade osakonna fond 8. — 2. J. Vares. Mis tuleks meil tiisikuse vastu võitlemise suhtes teha. «Päevaleht», 1923, nr. 176, 8. VII, nr. 177, 9. VII. — 3. J. Vares. Tiisikuse vastu võitlemise probleem. «Päevaleht» 1924, nr. 236, 2. IX, nr. 243, 9. IX, nr. 244, 10. IX.



Johannes Vares-Barbarus
(E. Viiralt'i joonistus)

TAHVEL II



Johannes Vares-Barbaruse mälestussammas Kadriorus, Tallinnas

Instituutidevaheline konverents kõhutüüfuse ja teiste salmonellooside küsimustes

8.—10. detsembrini 1959. a toimus Leningradis NSV Liidu epidemio-
loogia, mikrobioloogia ja hügieeni ning vaktsiinide ja seerumite teadus-
liku uurimise instituutide konverents salmonellooside alal. Konverentsist
võttis osa üle 300 isiku 11-st liiduvabariigist. Peale Moskva ja Leningradi
oli ettekandeid Balti vabariikide, Vladivostoki, Habarovski, Taškendi,
Arhangelski jt. instituutidest.

Konverentsi esimene päev oli pühendatud kõhutüüfuse ja paratüü-
fuste küsimustele. Põhiettekandega «Kõhutüüfus ja paratüüfused NSV
Liidus» esines professor M. K a d e n Moskvast. Võitlus kõhutüüfusega
on olnud Nõukogude Liidus edukas ja on olemas kõik eeldused seitse-
aastaku jooksul selle haigestumise esinemine viia üksikjuhtudeni. Haiguse
levikus etendavad meil kaaluvamat osa toidufaktor (eriti piim) ja vesi,
vähem oluline on kontaktne elukondlik levik. Erinevalt teistest liidu-
vabariikidest, ei täheldata Balti vabariikides haigestumiste sesoonist ole-
nevat sagenemist suve- ja sügiskuudel. Nagu ka teistest ettekannetest ja
sõnavõttudest nähtus, on kõhutüüfuse ja paratüüfuste haigestumiste arvu
miinimumini viimine täiesti reaalne ülesanne, mille aluseks on vastavate
hügieeniabinõude järjekindel rakendamine. Rõhutati ka haigestumiste
kliinilise ja laboratoorse diagnostika parandamise vajadust, eriti pisiku-
kandjate õigeaegset avastamise tähtsust. Raviküsimuste käitlemisel
nõuti antibiootikumide läbimõeldut ja põhjendatud kasutamist, sest nende
valikuta manustamine võib soodustada pisikukandmist ning pärsib
immuunsuse väljakujunemist. Kuna kõhutüüfusesse ja paratüüfustesse
haigestumise juhte esineb meil ka noorematel inimestel, peeti üldiselt
vajalikuks teha kaitsepookimisi juba 7—8 a. vanustele lastele. Vaktsiini-
ja seerumiinstituutidel aga soovitati täiustada kõhutüüfuse ja paratüü-
fuste vaktsiinide tootmise tehnoloogiat ja tõsta vaktsiinide immunogeen-
seid omadusi.

Konverentsi teine päev algas professor E. N o v g o r o d s k a j a ula-
tusliku ettekandega: «Järjekordsed ülesanded võitluses salmonelloosi-
dega, milles ta, baseerudes meie ja välismaa arstiteadlaste saavutustele,
tegi olulisi üldistusi salmonellooside etioloogia, epidemioloogia, kliniku
ja profülaktika küsimustes. E. Novgorodskaja näitas kujukalt, et kaas-
ajal ei saa me enam asetada võrdumärgi kontaktel ja elukondlikul teel
levivate salmonellooside ning salmonelloossete toidutoksikoinfektsioonide
vahel. Viimaste aastakümnete tähelepanekud näitavad, et salmonelladega
massiivselt infitseeritud toiduaine on ainult üheks, praegusajal aga kau-
geltki mitte kõige peamiseks nakatumise teeks. Kaasajal on kindlaks
tehtud, et salmonelloosi haigestumine võib toimuda võrdlemisi väikese
annuse mikroobidega. Ühtlasi võivad salmonellad läbida soolteseina ja
põhjustada üldise infektsiosse protsessi. Analoožiiselt kõhutüüfusele on
kindlaks tehtud pikaajaline pisikukandmine ka teiste salmonellooside
puhul, kusjuures salmonellasid ei avastata ainult väljaheiteist, vaid ka
uriinist, sapist ja mujalt. Inimesed on kujunenud loomade ja lindude
kõrval oluliseks salmonellade reservuaariks. Erinevalt toidutoksiko-
infektsioonidest levivad sporaadilised salmonelloosipuhangud aeglaselt,
kusjuures haigus kandub edasi fekaal-oraalsel teel. E. Novgorodskaja
märkis oma ettekandes Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja

Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi uurimisi salmonellooside levikute tundmaõppimise alal. Ühtlasi rõhutas ta vajadust kehtestada kõikide salmonellooside juures analoogilised arvestus- ja profülaktikaabinõud, nagu kõhutüüfuste ja paratüüfuste juures.

Salmonellooside kliiniku ja bakterioloogilise diagnostika küsimustele oli pühendatud konverentsi kolmas päev. Siin kujunes keskmaks ettekandeks professor A. Bilibini referaat teemal: «Salmonellooside kliinik ja diagnostika». Et salmonellooside kliinilised nähud on äärmiselt mitmekesised, soovitas A. Bilibin klassifitseerida neid haigestumisi järgmiselt: 1) gastrointestinaalsed haigusvormid (gastriidid ja gastroenteriidid), 2) generaliseeritud (kõhutüüfusele sarnased) haigusvormid; 3) subkliinilised haigusvormid (pisikukandjad). Kuna salmonellasid võib leiduda ka täiesti tervetel inimestel või teiste somaatiliste haigustega isikutel, pidas A. Bilibin võimalikuks nende saprofüütsust. Ühtlasi oletas ta, et enterokoliitidena kulgevad salmonelloosid, mis kliiniliselt täielikult kattuvad düsenteeria nähtudega, ongi tegelikult düsenteeriasse haigestumine (vaatamata, et ei avastata düsenteeria tekijaid, vaid salmonellasid). A. Bilibini oletused põhjustasid elavaid diskussioone ja ei leidnud kõikide pooldamist.

Allakirjutaja rõhutas oma sõnavõtus uurimistööde jätkamise vajadust salmonellooside kontaktse elukondliku leviku tundmaõppimiseks. Samuti viitasime tiheda koostöö tähtsusele veterinaararstidega. Üksmeelset heakskiitu leidis ettepanek avada Nõukogude Liidus salmonellooside uurimise tsentrum.

Professor I. Šur toonitas, et salmonellooside uurimise keskus peab olema võimsaks, rohkearvulise koosseisuga asutuseks, kus mikrobioloogia laboratooriumide ja kultuuride muuseumi kõrval töötavad veel epidemio- loogiasektor ja kliinilised osakonnad.

Konverentsi lõpul vastuvõetud resolutsioon on aluseks edasistele salmonellooside alastele uurimistöödele Nõukogude Liidus ja annab konkreetseid juhiseid teadusliku uurimistöö tulemuste juurutamiseks praktikas.

H. Pihl

Üleliiduline plaanilis-temaatiline konverents kommunaalhügieeni alal

2.—4. detsembrini 1959. a. toimus Moskvas üleliiduline konverents 1960. a. teadusliku uurimistöö temaatika arutamiseks. Nimeetatud konverentsist võttis osa üle 130 hügienisti (juhtivate teadusliku uurimise instituutide, tervishoiu ministeeriumide õpetatud meditsiiniliste nõukogude, hügieenikateedrite, vabariiklike instituutide esindajad jt.).

Üleliidulises 1960. a. teaduslike tööde plaanis on ette nähtud 390 tööd. neist veehügieeni alal 165, õhuhügieeni alal 66, maapiinna hügieeni alal 30, asula- ja elamuhügieeni alal 79 uurimust, teistel aladel vähem. Enamik töid on suunatud NLKP XXI kongressi otsuste täitmiseks.

Rida konverentsil sõnavõtnuist märkis, et üsna suure osa kogu temaatikas oleks võinud täita sanitaar-epidemioloogia jaamad oma jooksva töö raames, nagu näiteks asulate ja tööstusettevõtete õhu reostuse uurimine, veekogude sanitaar-hügieenilised uurimised ja rida muid. Peeti soovitavaks, et liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumide õpetatud meditsiinilised nõukogud ja juhtivad teaduslikud uurimisasutused organiseeriks ning abistaksid sanitaar-epidemioloogia jaamade tööd uurimistööde alal, mis omavad otsest tähtsust nende asutuste igapäevases töös.

Samuti peeti soovitavaks, et hügieenialased teaduslikud uurimisasutused arendaksid laialdast koostööd nii ravi- ja profülaktikaasutustega

kui ka teiste alade spetsialistidega (füüsikud, keemikud, biokeemikud, agrokeemikud, hüdroloogid, sanitaartechnikud, ehitusalade eriteadlased jt.). Laialdase koostöö tingimustes oleks võimalik tunduvalt suurendada hügieenialaste uurimistööde arvu ja paljudel juhtudel tõsta nende väärtust.

Konverentsist osavõtjad rõhutasid, et hügieenialaste uurimuste hulgas leidub vähe töid järgmistel aladel (loetleme vaid neid küsimusi, milliseid meie arvates on vajalik Eesti NSV-s uurida):

1. Tuleb laialdasemalt uurida õhu looduslikku radioaktiivset fooni, kantserogeensete ainete sisaldust õhus, õhuionisatsiooni küsimusi hügieeni seisukohalt lähtudes. Sanitaar-epidemioloogia jaamad peaksid aga uurima õhureostuse küsimusi.

2. Veehügieeni alal on vaja uurida eeskätt põhjavesi* (nende omadused, hulk ja kui kauaks ajaks neist jätkub vajaduste katteks), samuti on vaja uurida looduslike vete radioaktiivset fooni; merevett asulate ja mereäärsete suvituskohdade läheduses. Ühtlasi tuleb tegelda vete reostuse vältimise küsimustega.

3. Maapinna hügieeni alal on vaja ka edaspidi tähelepanu pöörata reostumise vältimisele, eriti aga majanduslike ning tööstuslike heitevete puhastamisele filtrimise teel läbi maapinna (sellega on võimalik peaaegu täielikult vältida vete reostamist). Küllaldaselt pole uuritud üksikute geograafiliste tsoonide järgi mikroelementide leiduvust maapinnas, samuti pole uuritud looduslikku radioaktiivset fooni. Ka pole küllaldaselt tähelepanu pööratud geohelmintide vastu võitlemisele.

4. Asula- ja elamuhügieeni alal on vaja erilist tähelepanu pöörata asulate planeerimisele vastavalt tänapäeva teaduse tasemele. Viimastel aastatel ehitatud uusi elumaju tuleb igakülgsest uurida, et õigeaegselt kõrvaldada neis esinevaid puudusi uute elumajade püstitamisel, sest elamuehitus jätkub intensiivselt ka edaspidi.

5. Isikliku hügieeni alal pidas konverents soovitavaks, et Eesti NSV teaduslikud uurimisasutused koos tekstiilitööstuse laboratooriumidega uuriksid uute tekstiilitoodete vastavust hügieeninõuetele, sest Eesti NSV-s on rida küllalt suuri tekstiilitööstusi.

Märgiti veel ära järgmised uurimist vajavad teemad: gerontoloogia, psühhohügieen, kasvajate probleem ja ultraheli küsimused. Eraldi mainiti Tartut, kui keskust, kus on märkimisväärsed saavutusi aeroionisatsiooni alal, ja peeti soovitavaks, et aeroionisatsiooni küsimus uuritakse ka füsioloogia ning hügieeni seisuk

M. K a s k

Seitsmes endokrinoloogiaalane dekaad Harkovis

Endokrinoloogiaalane seitsmes dekaad toimus 15.—25. maini 1959. a. Harkovis. Enamik ettekandeid oli tihedalt seotud endokriinsete näärmete talitluse ja sisehaiguste vahekorra küsimustega. Lektoriteks olid tuntud endokrinoloogid: professorid S. G. Genes, B. V. Aljošin, A. M. Utjevski, M. A. Kopelevitš, L. M. Makarevitš-Galperina, S. J. Steinberg jt. Dekaaadi kestel organiseeriti haigete demonstratsioone, laboratoorsete diagnostiliste meetodite õppusi ja kliinikute külastamisi vastavalt spetsiaalsele profiilile. Pärast dekaadi toimus Ukraina Eksperimentaalse Endokrinoloogia Instituudi teaduslik konverents. Dekaadist võttis osa ligi 500 arsti ja teaduslikku töötajat.

Professor S. Genes käsitles oma esimeses loengus adaptatsiooni-sündroomi. Kõik patoloogilised seisundid organismis väljendavad kom-

* Põhjavetele tuleb rajada Eesti NSV kolhooside, sovhooside ja ka enamiku asulate veega varustamine. M. Kask.

pensatoorseid reaktsioone, seejuures on vaja diferentseerida organismi kaitsereaktsioone ja organismi kahjustuse sümptoome. Organism võib igasuguste kahjulike agensite vastu võidelda ainult kuni teatava astmeni. Adaptatsiooni kompensatoorsed reaktsioonid on erinevad teatavate põletikuliste reaktsioonide puhul. Kaitsereaktsioonile on eriti iseloomulik neutrofiilia, eosinopeenia ja lümfopeenia. Neutrofiilide arvu tõus veres näitab organismi fagotsütoosivõime suurenemist, eosinofiilide ja lümfotsüütide langus näitab nende tsütolüüsi, kusjuures nendest vabanevad antikehad. Kaitsereaktsiooni puhul väheneb albumiinisisaldus veres, α - ja γ -globuliinide kontsentratsioon tõuseb vastavalt organismi kahjustuse astmele. Mõni päev pärast kahjustust tõuseb veres ka fibrinogeeni hulk. Kõik need nihked näitavad retiikuloendoteliaalse süsteemi ja organismi immuunobioloogiliste võimete aktiveerumist.

Üldiste ja paiksete adaptatsioonisündroomide mehhanismi õige mõistmise puhul tuleb arvestada mitte ainult endokriinse ja hüpotaalamuse seisundit, vaid ka tsentraalse närvisüsteemi ning ajukoore seisundit, mis kordineerivad endokriinsete näärmete talitlust.

Professor B. Aljošin esitas neli loengut hüpofüüsi ja kilpnäärme hormoonide toimemehhanismist. Lektor rõhutas, et hüpofüüsi ja hüpotaalamuse vahel esineb tihe seos. Hüpotaalamuses on 40 rakulist tuuma, kusjuures iga tuumal on kindel funktsioon. Hüpotaalamuse eesmisest osast asuvad suured närvirakud, mis produtseerivad hormooni nn. neurosekreeti, viimane aga akumuleerub hüpofüüsi tagasagarasse. Neurosekretoorsed ained, mis satuvad hüpotaalamusest verre, on hüpofüüsi troopsed hormoonid ja spetsiifilised hüpofüüsile. Sümpaatilised ja parasümpaatilised ning ajukoore impulsid mõjutavad omakorda hüpotaalamuse funktsiooni.

M. P. Barts ütles, et neerupealise koore hormoonide toimemehhanism oleneb kõikide kolme gruppi kuuluvate hormoonide omavahelistest suhetest [1) valgulised hormoonid (AKTH, somatotroopne hormoon), 2) amiinohappelised (noradrenaliin), 3) steriini grupp (kortikosteroidid)].

Professor A. Utjevski rääkis adrenaliini ja noradrenaliini toimemehhanismist. Noradrenaliin reguleerib peamiselt südameveresoonte toonust, mille tõttu teda nimetatakse «Verevarustuse hormooniks», adrenaliini aga nimetatakse «metaboliitiliseks hormooniks».

Professor S. Genes andis ulatusliku ülevaate insuliini toimest süsivesikute ainevahetuses. Insuliini ravitoimet, näiteks reuma puhul, seostas ta insuliinhüpoglükeemiaga, mille vastusena suureneb neerupealise koore ja sasihormoonide eritus, mis omakorda laialdase toimeidiapasooni tõttu mõjutavad organismi kohanemis-kompensatoorseid reaktsioone.

Endokriinsete näärmete osast seedetrakti haiguste puhul rääkis professor E. Resnitskaja, kes ütles, et on vaja senisest enam kasutada insuliini, türeoidiini, suguhormoone, AKTH, kortisooni ja paljusid teisi hormoone mitmesuguste endokriinsete kui ka mitteendokriinsete haiguste puhul. Anatsiidseid gastriite esineb Addissoni haiguse müksödeemi, hüpotüreooosi, türeotoksikoosi, suhkurtõve, klimakteeriliste neurooside jt. puhul. Gastrokeensed enterokoliidid, türeotoksikoosist tingitud koliidid, mao ja seedetrakti düskineesiad esinevad türeotoksikooside ja klimakteeriliste neurooside puhul, põhjustades isegi mao ja pankrease ahüüliat. Insuliini androgeenseid ja östrogeenseid hormoone kasutatakse edukalt paljude autorite poolt gastriitide ja haavandtõve ravimisel. Insuliini kasutatakse edukalt ka kolesteriinainevahetuse häirete, lipoidamüloidnefrooside, ateroskleroosi, maksa ja sapiteede haiguste ravis.

J. Reinaru

ÜHEST HUVITAVAST RAAMATUST¹

Hiljuti ilmus teos, «Materjale arstiteaduse ajaloo ja tervishoiu alalt Lätis.» Teos koosneb üheksast peatükist, ees- ja järelsõnast ning on varustatud rohkete fotode, kaartide ja diagrammidega. Raamatu lõpus on bibliograafia Läti tervishoiuolusid ja arstiteaduse arengut valgustavate tööde kohta, mis aga on trükitud kahjuks lühendatud kujul.

Eessõnas mainitakse, et Läti arstiteadusel ja tervishoiul on suur ja huvitav ajalugu. Juba XIII—XIV sajandil olid Baltimaadel haiglad ja apteegid. Keskajal olid Liivimaa arstid ja farmatseudid-apteekrid naabermaades laialdaselt tuntud.

Esimeses peatükis esitatakse tervishoiu ajaloo kõrval ka üldisi ajaloolisi andmeid XII—XVI sajandini. Näidatakse, kuidas saksa feodaalid ja kaupmehed XII sajandi teisel poolel haarasid kaubanduse Balti merel enda kätte. Ida-Baltimaa oli neile riisumise ja kasusaamise objektiks ning tugialaks Vene maa-aladele kallaletungimisel. 1198. aastal korraldati esimene ristikäik läti suguharude vastu. Sissetungi laiendamiseks Baltimaadele loodi Mõõgavendade Rüütliordu, mis 1237. a. ühines Saksa orduga ning nimetati hiljem Liivimaa orduks. Peaaegu terve sajandi võitlesid baltimaade rahvad Saksa sissetungijate vastu, kuigi jõud ei olnud võrdsed. Ida-Euroopa feodaalne killustatus ei võimaldanud avaldada tugevamat vastupanu ristirüütlitele. 1290. aastal langes semgallide viimane vastupanupunkt Sidrabe kants. Lätimaa oli lõplikult vallutatud.

Edasi tuuakse andmeid Lätimaal esinenud suurest taudist, mis 1211. a. levis Turaidast üle kogu Liivimaa (Läti Henriku kroonikast).

Raamatus jutustatakse suurtest näljahädadest, taudidest ja sõdadest. Kirjeldatakse süüfilise, pidalitõve, kalku, røugete ja teiste haiguste levimist Baltimaades. Tuuakse rohkesti väljavõtteid Tallinna linnaarhiivis ja mujal leiduvatest ajaloolistest ürikutest.

Ägedate nakkushaiguste taudid nõudsid tol ajal tohutuid ohvreid, eriti linnaelanike hulgast. Nakatumiskartus sundis valitsevaid klasse rakendama mõningaid tõrjeabinõusid taudi levimise takistamiseks.

Huvitav on märkida, et esimese abinõuna «musta surma» (s. o. katku) käest pääsemiseks oli pagemine maale. See oli võimalik muidugi ainult jõukatel kihtidel. Enamik linnaelanikest pidi jääma kohale, seepärast hakkasid linnavõimud rakendama teisi abinõusid. Niipea kui saabusid teated haigestumistest teistes maakohtades, ei lubatud linna võõraid ja nakkuskahtlasi isikuid. Linna väravatele paigutati valvurid, kes ei tohtinud sisse lasta ühtegi haiget. On teada, et katku puhkemisel Leedus kaevati üles kõik sinnaviivad teed, lõhuti sillad ning saadeti välja relvastatud salgad, et keegi ei saaks piiri ületada.

Linnas märgiti kõik majad, kus leidis haigeid, tähega «P». Surnuid matsid selleks eriti palgatud töölised. Taudi likvideerimiseks põletati mitmesuguseid aromaatsid segusid või süüdati tänavatel lõkkesid.

Keskajal olid Liivimaa ja Baltimaade teistes linnades kõik käsitöölised, kelle hulka kuulusid ka ravijad, ühinenud tsunftideks. On teada, et 1494. a. kinnitati Riias kirurgide šraag (tsunftide ja gildide sisekorda.

¹ Васильев, К. Г. и др. Материалы по истории медицины и здравоохранения Латвии. Рига, 1959. 360 стр.

normeeriv määrus). 1522. a. oli Riias oma kirurg koos viie tsunftimeistriga, kes kuulusid väikesse gildi.

Esimene haigla asutati Riias arvatavasti 1220. a. Apteekide kohta mainitakse, et Mettig'i andmetel oli 1291. a. Riias kaks «apteekripoodi», kus müüdi peamiselt vürtse, kuid ka ravimtaimi. Apteekriteks nimetati tol ajal isikuid, kes tegelesid arstirohtude valmistamisega ja ka isikuid, kes müüsid vürtse. Apteek tähendab laoruumi, kus hoitakse tagavarasid. Selle mõiste täpsustamiseks nimetasid Kuramaa ja Liivimaa apteekrid ennast «ravimite apteekriteks», et teha vahet apteekrite-vürtsikaupmeeste vahel. 1357. a. mainitakse Riias jälle apteegi nime. Linna magistraat määras vajaliku summa apteegi ülalpidamiseks. Märgitakse, et 1420. a. asutati apteek Tallinnas (Raeapteek) ja 1425. a. Tartus. Keskaja apteegid erinesid tunduvalt tänapäevastest. Peale mitmesuguste ravimite müümise oli neil monopol vürtsidega kauplemiseks. Nad valmistasid kalleid alkoholeid jooke, napse, likööre ning maiustusi (kompvekke, martsipani, praänikuid). Veel 1600. a. oli Riia apteegil veinikelder. 1619. a. nõudis Tartu magistraat uult apteekrilt, et see ei muudaks apteeki mängupõrguks ja õllekeldriks, nagu tegi seda tema eelkäija.

Järgnevates peatükkides kirjeldatakse arstiteaduse olukorda hilisfeodalismi perioodil (XVII—XVIII saj.), feodaal-pärisorjusliku majanduse lagunemise perioodil, kapitalismi epohhil, kodanlikus Lätis ja lõpuks tervishoidu Nõukogude Lätis.

Raamatu järelsõnas kirjutab N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Arstiteaduse Ajaloo Instituudi arstiteaduse ajaloo osakonna juhataja V. Petrov, et mainitud monograafias käsitletud küsimused ulatuvad kaugele üle Läti piiride, sest tunduv hulk materjale haarab ka Leedu, Eesti ja teiste liiduvabariikide arstiteaduse ajalugu. Raamatus on aga veel puudulikult valgustatud paljude arstide tähelepanuväärivat tegevust.

NLKP XXI kongressi otsuses märgitakse, et arstiteaduse ajalooga tegelevate teaduslike töötajate tähtsamaks ülesandeks on praegu tervishoiu ja arstiteaduse arengu seaduspärasuste uurimine üksikutes liiduvabariikides ja NSV Liidus tervikuna. Lõpuks mainib V. Petrov: «Tuleb soovida, et ka teised rikka ajaloolise minevikuga vabariigid ja linnad valmistaksid ette taoliste teoste väljaandmist».

Ühineme täiesti eespoolavaldatud sooviga ja ootame, et ka meie teaduslikud töötajad asuksid kiiresti materjalide kogumisele ning Eesti arstiteaduse ajaloo koostamisele. Mõistagi ei ole mainitud töö kerge, kuid on äärmiselt vajalik, sest aeg selleks on ammu küps.

H. R o o t s

Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi tegevusest

Kingissepa Arstide Teaduslik Selts tegutseb 1954. a. alates. See loodi Kingissepa Linnahaigla ja teiste tervishoiuasutuste arstide poolt. Praegu on aktiivseid liikmeid üle kahekümne, koosolekust võtab osa aga harilikult üle kolmekümne arsti. Liikmete arv on muidugi väike, kuid see on tingitud suurest arstide voolavusest linnas.

26. novembril 1959. a., toimus seltsi aruande-valimiskoosolek, mis näitas, et viimasel aastal on seltsi tegevus tunduvalt intensiivistunud. Töö initsiaatoriks seltsis on arst J. Reinaru, kes peaarsti asetäitjana ravi alal on palju teinud ka haigla laboratooriumi täiendamisel. Näiteks asutati biokeemiline laboratoorium ja töötab pato-histoloogiline laboratoorium, mis annab arstidele võimaluse laialdasemaks iseseisvaks uurimistööks.

Huvitavateks ettekanneteks olid seltsi koosolekutel möödunud aastal «Urogenitaaltrakti tuberkuloosi diagnostikast ja ravist kohalikel materjalidel», «Mudaravi rakendamise võimalustest kohapeal» (siinjuures oli kaasettekanne arstiteaduse kandidaadilt A. Säärtsalt Pärnust), «Atüüpilistest eksudaatidest pleura ruumis», «Sepsis kui nosoloogiline ühik» jt. Enamuse moodustasid ettekanded mitmesuguste haiguste diagnostika ja profülaktika alalt.

Edaspidi võetakse plaani nende teemade uurimine, mis on kohaldatud Eesti NSV-s uuritavate probleemidega ja taotletakse luua tihedamaid sidemeid teiste arstide teaduslike seltsidega. Näiteks on palutud esinema Vabariikliku Tallinna Onkoloogiadispanseri arste. Arst L. Rettau hakkab uurima rahvameditsiini Saaremaal. Jaanuarikuus arutati seltsi koosolekul haigestumise küsimust rajoonis. Vastavalt nendele ülesannetele kohandatakse ka Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi 1960. aasta tööplaan.

K. Väin

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi valitsuste ja osakondade juurde loodi nõukogud

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi valitsuste ja osakondade ees seisvate ülesannete täielikumaks ja kvalifitseeritumaks lahendamiseks ning töö koordineerimiseks nende vahel kinnitas ENSV tervishoiu minister oma 1959. a. 19. detsembri käskkirjaga nr. 320 Ravi- ja Profülaktilise Abi Nõukogu Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juures; Sanitaar-Epidemioloogilise Nõukogu Sanitaar-Epidemioloogilise Valitsuse juures ning Õpetatud Kuurordinõukogu Kuurortide, Sanatooriumide ja Puhkekodude Valitsuse juures. Emade ja Laste Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna juurde loodi kaks nõukogu: Sünnitus- ja Günekoloogilise Abi Nõukogu ning Laste Ravi-Profülaktilise Abi Nõukogu.

Sama käskkirjaga kinnitati viie ülalmainitud nõukogu põhimäärused ja isikulised koosseisud.

Nõukogude ülesandeks on ka laialdase koostöö arendamine vabariigi teaduslike uurimisasutuste kui ka mitmesuguste ametkondade ja organisatsioonidega elanikkonna parima sanitaar-ravi- ja profülaktikaalase teenindamise otstarbel. Nad aitavad ka lahendada küsimusi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi valitsuste ja osakondade ning tervishoiuasutuste organisatsioonilise töö täiustamise alal.

Nõukogud võtavad vastu otsuseid, mis jõustuvad pärast nende kinnitamist Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi poolt.

P. Rattus

Uus määrus kohakaasluse piiramiseks

NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusega 10. dets. 1959. a. nr. 1367 ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusega 22. jaan. 1960. a. nr. 21 kehtestati uus kord kohakaasluse alusel töötamise kohta.

Kohakaaslus on ajutise iseloomuga nähe. Kohakaaslust lubatakse ainult ühes asutuses, ettevõttes või organisatsioonis ja ainult ühes asukohas (linn, rajoon). Töötajal kohakaasluse alusel töötamiseks peab olema kirjalik luba asutuse juhatajalt, mis peab olema kooskõlastatud kõrgemalseisva organiga ja ametiühingu kohaliku komiteega. Asutused ja organisatsioonid, kes võtavad töötajaid tööle kohakaasluse alusel, on kohustatud teatama töötaja põhitöökohta töökoha, millele on töötaja määratud, ja hiljem kõik muudatused, millised seoses sellega tulevad.

Ülalmainitud määrusega keelati kohakaasluse alusel töötamine asutustes, mis allutatud üksteisele. Selles suhtes on erand tehtud Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis töötavale arstidele.

Kohakaasluse koha töötasu ei või ületada poolt sellel kohal ettenähtud täiskoha palka.

Kohakaasluse alusel töötamisel töötasu makstakse faktiliselt väljatöötatud aja eest.

Keelatakse töötasu maksmine kahe koha eest ühes asutuses, välja arvatud juhud, kui see on ette nähtud erimäärustega. Keelatakse lisatasu maksmine tööde eest, mis kuuluvad antud töötaja kohustuste hulka, näiteks projektide koostamine, ettekannete tegemine jne.

Töötajad, kellele on lubatud tööajast kohakaaslus, saavad töötasu ainult põhitöökoha järgi.

Puhkus tuleb anda kohakaasluse kohal samal ajal kui põhikohal. Kohakaasluse eest puhkuse ajal tasu ei maksta, samuti ei saa kasutamata puhkuse eest kompensatsiooni.

Keelatakse teaduslike uurimisasutuste teaduslikel ja juhtivatel töötajatel töötamine kohakaasluse alusel koosseisulistel kohtadel teistes teadusliku uurimise asutustes ja kõrgemate õppeasutuste teadusliku uurimise osakondades (sektorites).

Teaduslikku ja administratiivset tööd (kateedrite, laboratooriumide ja osakondade juhtimine) võib läbi viia ainult ühes asutuses.

Kõrgemates õppeasutustes ja teadusliku uurimise instituutides juhtiva ja teadusliku-pedagoogilise koosseisu töötasu kokku põhikoha ja kohakaasluse järgi ei tohi ületada põhitöökoha pooleteistkordset tasu.

Arste ja keskmeditiinilist personali võib lubada töötada kohakaasluse alusel erinevates ravi- ja profülaktika ning sanitaarasutustes (ühes asutuses) kuni kahel kohal, kusjuures põhitöö ja kohakaasluse tasu kokku ei tohi ületada pooleteistkordset põhitöökoha tasu. Meditsiiniliste asutuste arstidel, kes töötavad administratiivsetel kohtadel, lubatakse töötada kohakaasluse alusel ainult arstlikul ja pedagoogilisel alal.

Kohakaasluse alusel töötajat võib valiidandada ilma etteütle mata ja kompensatsiooni maksmata.

Kohakaasluseks ei loeta:

a) kirjanduslik töö, sealhulgas toimetamine, tõlkimine ja retsenseerimine, kui tasu makstakse autorihonorari fondist.

b) meditsiiniliste asutuste konsultantide kohustuste täitmine, mis ei ületa 12 tundi kuus ühekordse töötasuga;

c) kui töötaja, kes ei tööta põhitöökohal täie tööpäevaga ning vastavalt sellele ei saa täit töötasu ja tema põhitöökoha kui ka kohakaasluse alusel saadav töötasu kokku ei ületa täit palka põhitöökoha järgi;

d) tehnilise, meditsiinilise, raamatupidamise ja igasuguse teise ekspertiisi eest ühekordse tasuga.

Alapunktis «a» mainitud töö tegemine asutuse, ettevõtte või organisatsiooni töötaja poolt tööajal pole lubatud, alapunktides «b», «c» ja «d» mainitud töid on lubatud tööajal teha vaid antud asutuse, ettevõtte, organisatsiooni juhataja loal kooskõlastatult ametiühingu käitis- või kohaliku komiteega.

A. K a l d m a

Arstiteaduslikud konverentsid Eesti NSV-s 1960. a.

29. detsembril 1959. a. kinnitas Eesti NSV tervishoiu minister vabariiklikkude konverentside plaani 1960. aastaks. 1960. a. jooksul toimuvad vabariigis järgmised konverentsid:

1. Vabariiklik konverents poliomieliidikusimustes — märtsikuus.
2. Vabariiklik kirurgide konverents — aprillikuus.
3. Vabariiklik dermato-veneroloogide konverents — aprillikuus.
4. Vabariiklik pediaatrite konverents — maikuus.

5. Vabariiklik spordimeditsiini ja ravikehakultuuri konverents — juunikuus.
 6. Vabariiklik konverents nakkushaiguste vähendamise küsimustes — juunikuus.
 7. Eesti NSV terapeutide vabariiklik konverents südame- ja veresoontehaiguste ning profülaktika küsimustes — juulikuus.
 8. Vabariiklik konverents kohaliku patoloogia küsimustes — augustikuus.
 9. Vabariiklik konverents tuberkuloosi alal — novembrikuus.
- Ühtlasi intensiivistub vabariigis Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu juhtimisel arstide teaduslikkude seltside tegevus nii teadusliku uurimistöö süvendamise kui ka erialaste nõupidamiste korraldamisel.

Professor S. G. Frenkel 90-aastane

25. detsembril 1959. a. täitus 90 aastat Nõukogude Liidu tuntuima hügienisti Sahhari Grigori p. Frenkeli sünnist. S. Frenkel lõpetas Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna 1895. a. Viimasel ajal töötas juubilar kuni 1951. a. Leningradi II Meditsiiniinstituudi tervishoiu organisatsiooni kateedri juhatajana.

S. Frenkel on NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige, teeneline teadlane ja rohkem kui 200 arstiteadusliku töö autor, millest mitmed on kapitaalsed teosed ja monograafiad. Ta on NSV Liidu gerontoloogia nimekamaid arendajaid. Tema teos «Aktiivne vanadus» on klassikaline töö selle distsipliini alal.

S. Frenkel oli aktiivsemad lektoreid tervishoiu organisatsiooni ja epidemioloogia kursustel, mis korraldati 1944. a. Leningradis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi operatiivgrupi koosseisule.

MITMESUGUST

— Aastavahetusel toimunud NSV Liidu Meditsiinitöötajate Ametiühingu Keskkomitee pleenumi materjalidest selgub, et meie maal on praegu 380 000 arsti, ehk üks arst iga 600 elaniku kohta. Viimastel aastatel on laienenud meditsiiniõppeasutuste võrk eriti Siberis, Kaug-Idas ja Kasahstanis, kuhu on asutatud 11 uut meditsiiniinstituuti. 26 meditsiiniinstituudis on organiseeritud õhtune õppetöö. 80 meditsiini-, stomatoloogia- ja farmaatsiainstituudis õpib üle 162 000 isiku. Praegu lõpetab meil igal aastal rohkem arste, kui oli 1913. aastal kogu Venemaal kõrgema haridusega tervishoiutöötajaid.

— Teheranis ilmuv ajakiri «Handaniha» iseloomustab tervishoiu rasket olukorda Iraanis. Ajakirja andmetel on seal üks arst 25 000, üks hambaarst 125 000 ja üks farmatseut 145 000 elaniku kohta. 19-miljonilise elanikkonna teenindamiseks on ainult 165 riiklikku haiglat, milles on 8299 voodit. Laialdaselt on levinud rüüged ja trahhoom.

— Tokios ilmus «Valge raamat» Jaapani tervishoiu ja sotsiaalhoolekande küsimustes. Teoses esitatud andmed iseloomustavad ilmekalt tervishoiu rasket seisundit Jaapanis. Jaapanis on ligi 3 miljonit tuberkuloosihaiget, kellest 1958. a. suri üle 36 000 inimese. Kõrge on laste suremus ja suremus nakkushaigustesse. Järjest suureneb transpordist tingitud õnnetusjuhtude arv. Samuti sagenevad enesetapmise juhud, eriti noorsoo hulgas.

— Liepajas, Läti NSV-s avati tervise ülikool, mille lektoriteks on enamik linnas töötavaid arste. Ülikoolis peetakse tervishoiualaseid loenguid, millele järgneb vastavasisuliste filmide demonstreerimine. Selline sanitaarharidustöö vorm on end kõigiti õigustanud. Huvi loengute vastu on suur.

— K. Timirjazevi nimelise Moskva Põllumajanduse Akadeemia dotsent L. Prištšep konstrueeris originaalse seadise kahjulike putukate hävitamiseks kõrgepinge vooluga. Seadis on lihtne ja koosneb raamidest, milles asetsevad paralleelsed traadid, kuhu juhitakse vool. Vastu traate lendavad kärbsed jt. putukad hävivad. Erilise konstruktsiooniga transformaator teeb seadise ohutuks inimestele, koduloomadele ja lindudele.

— NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Psühhiaatria Instituudis on lõlitatud teaduslikule uurimistööle mittekoosseisuliste teaduslikkude töötajatena 47 arstipraktikut. Mitmed nendest valmistavad kandidaadidissertatsioone. Rea arstide uurimistööde tulemused on avaldatud instituudi teaduslikke tööde kogumikus. Nad esinevad ka instituudi õpetatud nõukogus ettekannetega uurimistööde käigus.

— Hiljuti loodi Gruusia NSV-s pediatraia teadusliku uurimise instituut.

Viimase kahe aasta jooksul on Gruusias avatud 7 arstiteaduslikku uurimisinstituuti: onkoloogia, röntgenoloogia ja radioloogia, naiste patoloogia ja füsioloogia, neuroloogia, uroloogia, naha- ja suguhaiguste ning pediatraia instituut.

Praegu tegutseb Gruusias kokku 22 Tervishoiu Ministeeriumile ja Gruusia NSV Teaduste Akadeemiale alluvat arstiteaduslikku uurimisinstituuti.

H. Pihl

Gripp ja kopsuluberkuloos

Itaalia ajakirja «Rivista della Tuberculosis» 1959. a. esimeses numbris on toodud andmed Forlanini Instituudis toimunud uurimistöö kohta seoses gripitaudiga, mille tekitajaks oli Singapuri A-viirus.

1500-st kopsutuberkuloosihagist, keda raviti 1957. a. nelja viimase kuu jooksul, haigestus 319 inimest (21%) grippi. Gripi kliinilised tunnused olid tüüpilised. Gripoosse iseloomuga muutuste anatoomilis-histoloogilised uurimused tuberkuloosist kahjustamata kopsu parenhüümis ja kopsu kahjustatud osades näitasid: 1) viirus A's soodustab peamiselt interstitsiaalsete kongestiivsete ja hemorraagiliste pneumooniliste protsesside teket, millega kaasusid serohemorraagilised või serofibrino-monotsütaarsed alveoliidid; taolised gripoossed pneumooniad esinesid tuberkuloosist kahjustamata kopsuosades; 2) gripoossed pneumoonilised protsessid ei kutsunud esile bioloogiliselt alaegete koldeliste protsesside ja saneeritud kavernoossete protsesside ägenemist. Vastupidi, bioloogiliselt aktiivseid tuberkuloosseid koldeid ja kaverne iseloomustasid sageli tugevad eksudatiivsed ja kaseospneumoonilised muutused; 3) antibakteriaalsete vahendite manustamisel koos vitamiinterapiaga ja vastava dieediga, oli letaalsus mõõdukas vaatamata sellele, et grippi põdesid raskete kopsutuberkuloosivormidega haiged.

Haigestumus grippi Türgis, Indias ja Jaapanis

Bulletin World health organization 1959. a. 20. nr. 2—3 toob andmeid grippi haigestumise kohta Türgis, Indias ja Jaapanis 1957./58. a.

Türgisse kandus aasia gripp 1957. a. juulis. Augustikuu keskel ilmsid haigestumused peaaegu kõikjal. Haripunkti saavutas epideemia sügisel. Haigestumus jäi suhteliselt kõrgeks ka 1958. a. esimestel kuudel. Mittetäielikel andmetel pödes Türgis grippi 1957./58. a. 1 165 256 inimest, nendest 31 356 sõjaväelast. Haigestumus oli kõige kõrgem vanusegrupis 11—29 aastat. Kogu epideemia vältel registreeriti 12 linnas kokku 32 surmajuhtu. Eraldati viiruse tüved, mis osutusid identseteks Singapuri tüvedega. 12 tüve olid oma antigeensete omaduste poolest sarnased A-tüvega. Paarisseerumite uurimine näitas, et palavikuperioodil gripivastaste anti-kehade tiiter jääb madalaks. 550 inimesest, keda vaktsineeriti polüvaktiiniga A, B₁, A₂, haigestus grippi ainult 6 inimest.

Indias registreeriti esimesed gripijuhud Madrases ja Kalkuttas maikuus. Seejärel hakkas epideemia kiiresti levima üle kogu maa. Kokku haigestus 4 451 758 inimest, nendest enamus esimese kaheteistkümne nädala jooksul. 36,7 % haigestunutest olid alla 10-aastased lapsed. Vanad inimesed haigestusid harva. Märgiti kõrget haigestumist meditsiinitöötajate hulgas. Kliiniliselt kulges gripp enamasti keskmise raskusega, kuid sageli esinesid närvisüsteemi kahjustuse sümptomid. Letaalsus oli kogu maal võrdlemisi madal (registreeriti 1 098 surmajuhtu). Mõningates osariikides oli aga suremus kõrge. Nii näiteks registreeriti Lääne-Bengali osariigis 289 048 haigestumisest 445 surmajuhtu. Bombays oli aga 1 324 000 haigestunu kohta 315 surmajuhtu. Patoloogilis-anatoomilised uurimised, mis toimusid mõnedes osariikides, näitasid, et letaalsuse põhjuseks oli enamikul juhtudest pneumoonia koos hemorraagiliste nähtudega.

Jaapanis uuriti pärast esimest ja teist aasia gripi puhangut (mai 1957, november 1957 — jaanuar 1958) elanikkonna immunoloogilist struktuuri 20 ringkonnas ja kolmes linnas. Pärast esimest gripilainet täheldati 3 049 seerumi uurimisel 18,2%-l uuritutest suhteliselt kõrget anti-kehade tiitrit.

Pärast talvist puhangut leiti kõrge anti-kehade tiiter 43% uuritutest. Nende puhangute ajal pödes grippi umbes 26% elanikkonnast (üksikutes ringkondades kõikus haigestumus 11,4—35% piirides, kooliinternaatides ja sõjaväelaste hulgas ulatus haigestumus 50—60%-ni). Enamikul haigetest kulges gripp keskmise raskusega, kuid talvise puhangu ajal oli haigestumus suhteliselt kõrge, eriti väikeste laste ja vanade inimeste hulgas. Tokios tüsistus gripp 580-st haigest 316-l juhul pneumooniaga, 133 juhul südame- ja veresoonte kahjustusega. Massilist vaktsineerimist Jaapanis ei toimunud.

Lülijalgsete poolt edasikantavad entsefaliidid USA-s

USA territooriumil on avastatud kolm vormi entsafaliiti (Saint-Louise' entsefaliit ja kaks hobuse entsefalomüeliidi erivormi). Saint-Louis' entsefaliidi ja entsefalomüeliidi läänepoolse erivormi looduslikud kolded esinevad mitmesugustes maastikulistes tsoonides kontinendi kesk- ja lääneosas, tasandikel ja jõgede basseinide madalikel, Kalifornia mägirajoonide kõrgendikel. Idapoolse entsefalomüeliidi looduslikud kolded on dislotseerunud Atlandi ranniku tsoonis ja Tehhase osariigis. Entsefaliidi endemilisi koldeid on üldse 35 osariigis. Täpsemaid andmeid haigestumise ulatusest viimastel aastatel ei ole. On võimalik, et pärast 1933. a. Saint Louis' entsefaliidiepideemia ja kahtkümmet vähemintensiivset puhangut, mis on registreeritud viimastel aastatel, haigestumiste sporaadilisi juhte pole arvestatud. 1957. a. oli entsefaliidijuhte suhteliselt vähe, kuid prognoos on veel ikka ebasoodne. Edasikandjate küllus (*Culex tarsalis*, *Culex pipiens* jt.) haiguse tekitajate aktiivse tsirkulatsiooni juures kodu- ning metsloomade ja lindude hulgas kujutab suurt ohtu entsefaliidi uute puhangute tekkimisel, eriti seoses mitteimmuunsete kollektiivide tiheda kokkupuutega looduslike haiguskolletega. Täheledatakse haiguse rasket kliinilist kulgu, kõrget suremust (eriti lastel) ja jääknähtude esinemist. Imaago plaanipärase hävitamise puhul tuleb arvestada, et üksikud sääskede liigid on omandanud resistentsuse mõningate insektiitsiidide suhtes.

Seatakse ülesandeks diagnostiliste meetodite täiustamist, radikaalsete ravivahendite otsimist ja viiruse epideemiatevahelisel talveperioodil säilimise mehhanismi väljaselgitamist. On tõestatud lühiajalise viiruseemia olemasolu loomadel ja lindudel, mis aitavad kaasa viiruse dissemineerumisele, kuid see fakt ei selgita epidemioloogilise protsessi käiku. Lahtiseks jääb ka küsimus, miks teiste entsefaliidi vormide (Jaapani, Venezueela jt.) looduslike kolletega sarnaste maastikulisi geograafiliste tunnustega kohtade olemasolu neid nosoloogilisi ühikuid USA territooriumil ei esine.

Refereerinud H. Ristlaan

SISUKORD

СОДЕРЖАНИЕ

I. MASIK — Sanitaarteenistuse peamised ülesanded seoses NLKP XXI kongressi otsustega . . .	3
--	---

Arstiteaduse teooria ja praktika

J. JÜRGENSON ja V. JAAKMEES — Reovete mõjust Emajõe sanitaarsele seisundile . . .	9
L. ROOTSMÄE — Kõhutüüfusest Tartus . . .	15
L. PÄI — Kollagenoosidest . . .	19
A. KARAPETJAN — Gripi epidemioloogilistest iseärasustest ja etio- loogiast Tallinnas 1957.—1959. a. .	24
A. FOMINÕH, J. RUUT ja N. AVALD — Gripipuhangu ise- ärasustest Eesti NSV-s 1959. aastal . . .	29
R. UUSTAL — Angiini haigestumise- st Kiviõlis . . .	32
S. NAARITS — Rasedate veenilaien- ditest . . .	34
K. VALGMA — Mõningaid täheldusi pneumooniast . . .	38
B. LIBERMAN ja Ö. PEETS — Kroo- nilistest mittespetsiifilistest pneu- mooniatest . . .	41
M. NÖGES — Haavandtõbi Viljandi Linnahaigla andmeil . . .	47

II. МАЗИК — Основные задачи санит- арной службы в связи с реше- ниями XXI съезда КПСС . . .	3
---	---

Теория и практика медицины

II. ЮРГЕНСОН и В. ЯАКМЭЭС — Влияние сточных вод на санитар- ное состояние реки Эмайыги . . .	9
Л. РООТСМЯЭ — О брюшном тифе в г. Тарту . . .	15
Л. ПЯИ — О коллагенозах . . .	19
A. КАРАПЕТЯН — Об эпидемиологи- ческих особенностях и этиологии гриппа в Таллине в 1957—1959 гг. .	24
A. ФОМИНЫХ, И. РУУТ и Н. АВАЛЬД — Особенности вспы- шки гриппа в Эстонской ССР в 1959 г. . .	29
P. УУСТАЛЬ — Заболеваемость анги- ной в Кивиõли . . .	32
C. НААРИТС — О расширениях вен у беременных . . .	34
K. ВАЛГМА — Некоторые наблюде- ния при воспалении легких . . .	38
B. ЛИБЕРМАН и Ы. ПЕЭТС — О хронических неспецифических пневмониях . . .	41
M. НЫГЕС — Язвенная болезнь по данным Вильяндской городской больницы . . .	47

Tervishoiu organisatsioon

- A. NORDBERG — Leiutistest ja rationaliseerimisetepanekutest . . . 51
 A. SARAP — Töölisnoorukite meditsiinilise teenindamise parandamisest 54

Kogemuste vahetamine

- A. VARES — Atsidofiilbaktermassi ravitoimest 58
 E. VARDJA — Tähelepanekuid atsidofiilbaktermassi kasutamisel maksa- ja maohaiguste raviks . . 62
 A. VAPRA — Anafülaktilise reaktsiooni juhtum penitsilliini süstimise tagajärjel 65
 R. GIRŠBEIN ja H. TUUL — Neerukivi allatoomine kusejuhast . . 66

Tähtpäevi

- R. MARKOVITŠ — Johannes Vares-Barbarus arstina (70. sünniaastapäeva puhul) 67

Konverentsid ja nõupidamised

- H. PIHL — Instituutidevaheline konverents kõhutüüfuse ja teiste salmonellooside küsimustes . . . 69
 M. KASK — Üleliiduline plaanilistemaaatiline konverents kommunaalhügieeni alal 70
 J. REINARU — Seitsmes endokrinoloogiaalane dekaad Harkovis . . 71

Bibliograafia

- H. ROOTS — Ühest huvitavast raamatust 73
 Kroonika 75
 Mitmesugust 77
 Välismaalt 78

Организация здравоохранения

- A. НОРДБЕРГ — Об изобретениях и рационализаторских предложениях . . . 51
 A. САРАП — Об улучшении медицинского обслуживания рабочих-подростков 54

Обмен опытом

- A. ВАРЕС — О лечебных свойствах ацидофильно-бактериальной массы 58
 Э. ВАРДЬЯ — Наблюдения при применении ацидофильно-бактериальной массы для лечения болезней печени и желудка 62
 A. ВАПРА — Случай анафилактической реакции после введения пенициллина 65
 P. ГИРШБЕЙН и X. ТУУЛЬ — Низведение почечного камня из мочеточника 66

Даты

- P. МАРКОВИЧ — Йоханнес Варес-Барбарус как врач (к 70-летию со дня рождения) 67

Конференция и совещания

- X. ПИХТ — Межинститутская конференция по вопросам брюшного тифа и других salmonеллезов . . . 59
 M. KACK — Всесоюзная планово-тематическая конференция по вопросам коммунальной гигиены 70
 Я. РЕЙНАРУ — Седьмая декада по эндокринологии в Харькове . . 71

Библиография

- X. POOTS — Об одной интересной книге 73
 Хроника 75
 Разное 77
 За рубежом 78

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

**F. Arnemann, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.**

2
*Märts-
Aprill*

3. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1960

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“
Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР
На эстонском языке

Ladumisele antud 11. II 1960. Trükkimisele antud 26. III 1960. Trükiarv 3000. Paber 70×108 1/16. Trüki-
poognaid 5 + 1 kleebis. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspoognaid 7,2. Tellimise
nr. 1753. MB 01702.

Hans Heldemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19.

Hind 4 rubla.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus



V. I. Lenini mälestussammas Tallinnas

V. I. LENIN — NÕUKOGUDE TERVISHOIU- ORGANISATSIOONI LOOJA

90 aastat tagasi, 22. aprillil 1870 sündis Vladimir Iljitš Lenin, töölisklassi geniaalne organisaator, esimene marksistliku õpetuse praktikasse rakendaja, uue ühiskondliku korra looja.

Tööraha vabastamisel ekspluateerimisest, uue riigivõimu — proletariaadi diktatuuri loomisel lähtus V. I. Lenin looduse ja ühiskonna arengu objektiivsetest seaduspärasustest, nähes uut dialektilisele ja ajaloolisele materialismile põhinevat riigikorda ette kogu pealisehituse keerukate üksikasjadega. Vähem kui poolesaja aasta jooksul on see riigikord kujunenud juba vääramatuks maailmasüsteemiks. Selle süsteemi kujundamise perioodil kirjutas V. I. Lenin: «Inimesed teevad ise oma ajalugu, kuid mis määrab kindlaks inimeste ja nimelt rahvahulkade motiivid, mis põhjustab vastuoluliste ideede ja püüdluste kokkupõrkeid, mida enesest kujutab kõigi inimühiskondade kõikide nende kokkupõrgete kogusumma, missugused on materiaalse elu objektiivsed tootmistingimused, mis loovad baasi inimeste kogu ajaloolisele tegevusele, missugune on nende tingimuste arenemise seadus, — kõigele sellele pööras Marx tähelepanu ja näitas kätte tee ajaloo kui ühtse, kogu oma määratus mitmekülsuses ja vastuolulisuses seaduspärase protsessi teaduslikule uurimisele.»¹

Marksistliku-leninliku dialektika tähtsus kogu inimkonna elu arengule seisab selles, et ta annab üldise meetodi tegelikkuse revolutsioonilise muutuse tunnetamiseks.

Sellelt seisukohalt lähtudes on arenenud ka nõukogude arstiteadus ja tervishoid, mis on olnud kommunistliku partei tegevusprogrammi lahutamatuks osaks.

Juba möödunud sajandi viimasel aastakümnel esitas V. I. Lenin oma poliitiliste nõudmiste hulgas projekti: «Seadus vabrikantide vastutusest tööliste vigastuste tekitamise eest» ning «Seadus vabrikantide kohustustest koolide ülalpidamise ja tööliste meditsiinilise abi andmise alal». Samadest küsimustest kirjutas V. I. Lenin 1899. a. oma artiklis «Meie partei programmi projekt».

Kapitalistliku korra laostavast mõjust töötajate tervisele andis V. I. Lenin ereda pildi teoses «Kapitalismi areng Venemaal», mille ta kirjutas 1896. aasta algul. See teos näitab elanikkonna tervise kaitse otsest sõltuvust ühiskondlikust korrast ja on aluseks profülaktilise suuna arendamisele meditsiinis.

17. (30.) juulist 10. (23.) augustini 1903. a. Brüsselis ja Londonis toimunud VSDTP teisel kongressil vastuvõetud parteiprogrammide koostamisest võttis V. I. Lenin vahetult osa. See ajalooline dokument sisaldas üksikasjalikult väljatöötatud nõudmisi töötajate tervise kaitse alal.

Samal ajal kui kodanlik Ajutine Valitsus pärast tsaari kukutamist püüdis igasuguste poolikute abinõudega ja «reformidega» parandada Tsaari-Venemaa viletsat arstiabikorraldust, esitas Kommunistlik Partei sotsialistliku tervishoiu selge programmi. Revolutsiooni edasiarendamise plaanis puudutas V. I. Lenin kõiki rahva elu alasid, sealhulgas ka

¹ V. I. Lenin, Teosed, 21. kd., lk 40.

tulevast tervishoiuorganisatsiooni. 1917. a. maikuus kirjutas ta «Materjale partei programmi revideerimise kohta», mis avaldati sama aasta juunis. Teiste küsimuste kõrval seadis V. I. Lenin bolševike partei üheks ülesandeks tööliste ja talurahva meditsiinilise teenindamise grandioosse organiseerimise. Sellel alal nõudis V. I. Lenin «sanitaarseaduste väljaandmist töö hügieeniliste tingimuste parandamiseks ning tööliste elu ja tervise kaitsmist kõigis palgatööd kasutavates ettevõtetes, koos sanitaarala üleandmisega töölisorganisatsioonide poolt valitava sanitaarinspektsiooni kätte». Edasi nõuab V. I. Lenin «elamuseaduste väljaandmist ja töölisorganisatsioonide poolt valitavate elamuinspektsioonide asutamist, et luua järelevalve eluruumide sanitaarse seisukorra üle», lisades, et «ainult maa-eranduse kaotamine ning odavate ja hügieeniliste korterite ehitamine võib lahendada korteriküsimuse».²

Samas töös näeb V. I. Lenin ette «kõigi tehaste ja vabrikute juurde, kus töötavad naised, imikute ja väikelaste söimele ning imetamisruumide loomist, imetavate naiste vabastamist tööst mitte harvem kui kord iga kolme tunni järel vähemalt pooleks tunniks, abiraha andmist imetavatele emadele ja nende tööpäeva lühendamist kuue tunnini» ja edasi «tööliste täielikku sotsiaalkindlustust» ning «... tasuta arstiabi ja ravimeid, meditsiiniala üleandmist tööliste poolt valitavate omavalitsuslike haigekassade kätte.»³

Üheks põhilisemaks abinõuks tööliste eest hoolitsemisel ja nende tervise kaitsmisel on NSV Liidus kõigi töötajate riiklik sotsiaalkindlustus. Tsaari-Venemaal puudus see peaaegu täielikult. Alles 23. juunil 1912. aastal võttis mõisnikest ja suurkodanlastest koosnev riigiduum tööliste üha suureneva revolutsioonilise liikumise survele vastu seadused tööliste eest «hoolitsemiseks» haiguse korral ja tööliste «kindlustamiseks» õnnetusjuhtumite puhul. V. I. Lenin kritiseeris teravalt juba mainitud seaduste eelnõusid, nimetades neid kõige jämedamaks irvitamiseks tööliste kõige elulisemate huvide üle.

Need tööliste sotsiaalkindlustuse küsimused olid 5.—17. (18.—30.) jaanuarini 1912. a. toimunud VSDTP kuuenda ülevenemaalise (Praha) konverentsi üheks peateemaks. Konverents võttis vastu V. I. Lenini poolt väljatöötatud resolutsiooni «Suhtumisest duuma seaduseelnõusse tööliste riikliku kindlustamise kohta», milles öeldakse: «Kõige paremaks tööliste kindlustamise vormiks on nende riiklik kindlustamine...» ja edasi «...see peab töölisi kindlustama kõigil töövõime kaotamise juhtudel... või tööpuuduse tõttu teenistuse kaotamise juhul, kindlustus peab haarama kõiki palgatöölisi ja nende perekondi.» Edasi oli selles otsuses ette nähtud «abiraha maksmine täieliku palga korvamise põhimõttel, kusjuures kõik kindlustamise kulud peavad langema ettevõtjale või riigile».⁴ Kõigi kindlustusliikide juhtimiseks oli ette nähtud ühtsete kindlustusorganisatsioonide loomine kindlustatute täieliku omavalitsuse alusel.

See resolutsioon sai hiljem aluseks Nõukogude valitsuse 1917. aasta 22. detsembri dekreedile «Haiguskindlustusest», millega noores Nõukogude vabariigis loodi esmakordselt maailmas kõigile kättesaadav, kvalifitseeritud tasuta arstiabi.

Lõplikult lahenes tööliste ja teenistujate sotsiaalkindlustuse küsimus vahetult pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni. 1. novembril 1917. a. avaldas «Töölis-Talupoegade Ajutise Valitsuse Teataja» (nr. 3) valitsuse teadaande sotsiaalkindlustuse kohta, mis hõlmas eranditult kõiki palgatöölisi ja samuti linna- ning külakehvikuid.

14. novembril kirjutas V. I. Lenin alla Vene NFSV Rahvakomissaride

² V. I. Lenin, Teosed, 24. kd., lk. 440

³ V. I. Lenin, Teosed, 24. kd., lk. 438, 439.

⁴ NLKP resolutsioonid ja otsused I. lk. 279.

Nõukogu dekreedile «Ettevõtete raviasutuste tasuta üleandmisest haigekassadele või summade maksmisest nende asutuste sisustamiseks».

Tähtsaima dokumendina tervishoiu alal noores Oktoobririigis ilmus 22. detsembril 1917. a. valitsuse määrus «Haiguskindlustusest». Selle määruse 38. punktis oli ette nähtud, et haigekassad peavad arstiabi andma kõigile kassa liikmeile ja nende perekonnaliikmetele ning isikutele, keda faktiliselt võib pidada perekonda kuuluvaiks. Arstiabi liikidena oli ette nähtud esmaabi äkkaigestumise puhul ja õnnetusjuhtudel, ambulatoorne ravimine, kodune ravimine, sünnitusabi, haiglaravi koos haige täieliku ülalpidamisega, sanatoorne ja kuurortravi.

Võitlus ühtse nõukogude meditsiini eest oli nõukogude võimu esimestel päevadel üsna raske. Paljudes asutustes leidis saboteerijaid, kes asutuse huvide kaitsmise sildi all püüdsid takistada nõukogude võimu püüdeid koondada tervishoiu juhtimist ühe keskuse kätte.

7. novembril 1917. a. ilmus ajalehes «Pravda» V. I. Lenini poolt kirjutatud VSĐT(b)P Keskkomitee üleskutse partei liikmeile ja kõigile Venemaa töölistele. Üleskutses avaldati veendumust, et partei on vankumatult ühtne võitluses töötajate huvide eest, et kõik Venemaa töölised on alati valmis monoliitselt valvel seisma Suure Sotsialistliku Oktoobri-revolutsiooni saavutuste eest.

Novembri lõpul hakkasid Petrogradi eesrindlikud arstid organiseerima oma kutseühingut. 2. detsembril 1917. a. loodigi Ülevenemaaline Föderatiivne Meditsiinitöötajate Ühing. Ühingul oli 1918. aastal juba ainuüksi Petrogradis üle 900 liikme, kuid arste oli nende hulgas ainult mõnikümmend.

15. jaanuaril 1918. kirjutas V. I. Lenin alla Rahvakomissaride Nõukogu dekreedile Töölis-Talupoegade Punaarmee loomisest vabatahtlikkuse alusel. Selle formeerimiseks nähti ette Ülevenemaaline Kolleegium, kellele tehti ülesandeks ka Punaarmee sanitaarteenistuse organiseerimine.

24. jaanuaril 1918. a. anti välja V. I. Lenini poolt allakirjutatud Rahvakomissaride Nõukogu dekreet üksikutes ametkondades töötavate meditsiinkolleegiumide ühendamiseks Arstide Kolleegiumide Nõukoguks. Dekreedi 2. punkt määras kindlaks, et Arstide Kolleegiumide Nõukogu on Töölis-Talupoegade Valitsuse kõrgemaks meditsiiniliseks organiks.

See nõukogude tervishoiu esimene keskne juhtiv organ tegi suure töö meditsiini- ja sanitaarosakondade loomiseks kohtadel, selgitades ühtlasi elanikkonnale ühtse riikliku meditsiini põhimõtteid ning nõudis meditsiini- ja sanitaarosakondadelt kõige tihedamat koostööd kohalike tööliste, soldatite ja talurahva saadikute nõukogudega.

Arstide Kolleegiumide Nõukogu alustas viivitamatult võitlust tsaariajast pärandatud nakkushaigustega, asudes likvideerima üsna raskeks muutunud epidemioloogilist olukorda. Laialdase töö organiseerimiseks elanikkonna hulgas luuakse Arstide Kolleegiumide Nõukogu juurde sanitaarhariduse komisjon.

Oma tähtsamaks ülesandeks pidas Nõukogu sanitaaralase seadusandluse väljatöötamist, ühiskondlikku heakorrastamistööd ja riiklike sanitaartechniliste abinõude rakendamist, võitlust nakkushaigustega ning sanitaarharidustööd.

V. I. Lenini isiklikul hoolitsusel loodi Vene NFSV Hariduse Rahvakomissariaadi juurde koolisanitaarosakond, kes töötas välja õige, nõukoguliku suuna kooliõpilaste kasvatamisel, rakendades selleks muuseas ka laialdasi kehakultuuri meetodeid. Edaspidi allutati see osakond Tervishoiu Rahvakomissariaadile.

Ühtse keskorgani — Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomise küsimus valmistati ette I ülevenemaalisel meditsiini- ja sanitaarosakondade kongressil, mis tuli kokku Moskvas 15. juunil 1918. a. Esimese keskse küsimusena kuulati kongressil ära Z. P. Solovjovi ja J. P. Pervuhhini ette-

kanded Tervishoiu Rahvakomissariaadi ülesannete ja organisatsiooni kohta. Kongressi resolutsioonis märgitakse, et nõukogude meditsiini eluliselt tähtsaks organisatsiooniliseks ülesandeks on endiste ametkondadevaheliste piiride kõrvaldamine ja tema ühendamine.

4. juulil 1918. a. tuli Moskvas kokku V ülevenemaaline tööliste, soldatite ja talurahva saadikute nõukogude kongress, mille päevakorras oli esimene Vene NFSV Konstitutsiooni kinnitamine. 10. juulil, ära kuulanud V. I. Lenini ettekande, kinnitaski kongress Vene NFSV Konstitutsiooni, mille 43. paragrahvis riigi valitsemisorganite loetelus oli märgitud ka Tervishoiu Rahvakomissariaat. Järgmisel päeval, s. o. 11. juulil 1918. a. kirjutaski V. I. Lenin alla Rahvakomissaride Nõukogu dekreedile Vene NFSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomise kohta.

Kõige eredamalt kriipsutab hoolitsust töörahva tervise eest alla 18.—23. märtsini 1919. a. Moskvas toimunud VK(b)P kaheksandal kongressil vastuvõetud VK(b)P programm, mille väljatöötamisest V. I. Lenin isiklikult osa võttis.

Partei programm rõhutab, et «VKP peab tegema ulatuslikku propagandat selles, et töotajad ise võtaksid aktiivselt osa kõigi töökaitsega seotud ürituste energilisest elluviimisest».⁵

Rahva tervishoiule on Partei programmis pühendatud eri osa, kus küsimuse printsiipiaalseks lahendamiseks on püstitatud järgmised ülesanded:

«Oma tegevuses rahva tervishoiu alal seab VKP eeskätt oma ülesandeks ulatuslike tervendavate ja sanitaarsete abinõude läbiviimise, mille eesmärgiks on haiguste arenemise ärahoidmine. Proletariaadi diktatuur on juba andnud võimaluse ellu viia rea sanitaarseid ja ravialaseid abinõusid, mis kodanliku ühiskonna raamides olid teostamatud: apteekide, eratevõtjatele kuuluvate suurte raviasutuste, kuurortide natsionaliseerimine, meditsiiniala töötajate töökohustus jne.

Vastavalt sellele seab VKP oma lähemaks ülesandeks: 1) viia otsustavalt läbi töörahva huvides ulatuslikud sanitaarsed abinõud, nagu: a) asulate saneerimine (pinnase, vee ja õhu puhtuse hoidmine); b) ühiskondliku toitlustamise organiseerimine teadusliku hügieeni alusel; c) nakkushaiguste arenemist ja levimist vältivate abinõude organiseerimine; d) sanitaar-seadusandluse loomine;

2) sotsiaalsete haiguste vastu võitlemise (tuberkuloos, suguhaigused, alkoholism jne.) ;

3) kõigile kättesaadava, tasuta ja kvalifitseeritud arstiabi ning ravimite saamise tagamise.»⁶

Juba K. Marx ja F. Engels tõestasid, et rahva tervishoid on tihedalt seotud ühiskondliku korraga. V. I. Lenin arendas edasi ja rikastas marksismi õpetust tervishoiu sotsiaalsest iseloomust, seostades seda tihedalt tööliklassi majanduslike ja poliitiliste ülesannetega. Selle küsimuse lahendamist on ta käsitletud väga paljudes oma teostes ja eriartiklites. Nõukogude riigi juhina on V. I. Lenin alla kirjutanud rohkem kui 100 dekreeti, mis puudutasid rahva tervise kaitset ja nõukogude tervishoiu organisatsiooni väljaarendamist.

Tuginedes nendele ajaloolistele dokumentidele ja otsustele on nõukogude tervishoid arenenud hiigelsammudega: on likvideeritud paljud varem massiliselt esinenud nakkushaigused, paljude nakkushaiguste likvideerimine on ette nähtud käesoleval seitseaastakul, inimeste keskmine eluiga on revolutsioonieelsega võrreldes pikenenud rohkem kui kaks korda, nõukogude tervishoiuorganisatsiooni töö on tänapäeval kõige tihedamalt seotud hiiglaslike edusammudega poliitilisel, majanduslikul ja kultuurilisel alal.

⁵ NLKP resolutsioonid ja otsused I. lk. 423.

⁶ Samas, lk. 429.

TERVISHOIU AKTUAALSEID KÜSIMUSI

A. Goldberg,

Eesti NSV tervishoiu minister

Täites XXI kongressi otsuseid võtsid NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu vastu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest».

Määruses konstateeritakse, et rahva ainelise elujärje ja kultuuritaseme pideva tõusu, meditsiinasutuste ulatusliku võrgu loomise, elanikkonnale kvalifitseeritud arstiabi tasuta andmise, arstiteaduse eduka arenemise ja kehakultuuri massilisuse tulemusena on tugevnenud Nõukogude Liidu elanikkonna tervis. Nõukogude võimu aastatel on tunduvalt vähenenud haigestumus, üldine suremus on kahanenud rohkem kui neli korda ja laste suremus peaaegu seitse korda. Nõukogude inimeste keskmine eluiga on pikenenud üle kahe korra.

Eesti NSV-s on Nõukogude võimu aastatel tervishoiu alal tehtud suurt tööd — näiteks on tervishoiuasutuste võrk 1940. aastaga võrreldes suurenenud rohkem kui kolm korda, arstide arv — kolm korda ja keskharidusega meditsiinipersonali arv 4,5 korda.

Kui võrdleme meditsiinasutuste ja -kaadri hulka kodanliku Eesti perioodiga, siis ei tohi unustada, et kodanlikus Eestis, nagu kõikides kapitalistlikes maades, oli arstiabi tasuline, iga kodanik pidi maksma arstile visiidi kui ka mitmesuguste analüüsides ja muude teenuste eest. Nõukogude Eestis on arstiabi kõigile kättesaadav ja tasuta. Kõik arstiabiga seosesolevad kulud kannab riik. Riik kulutab tasuta arstiabi võimaldamiseks suuri summasid. Käesoleval aastal ulatuvad assigneeringud arstiabile ainult meie vabariigis 301 miljoni rublani, olles suurenenud 1959. aastaga võrreldes 30 miljoni rubla võrra.

Tervishoiuorganitel ja -asutustel seisab ees suur töö NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse täitmisel. Jaanuarikuu algul toimus Moskvast üleliidulist nõupidamist: nakkushaigustesse haigestumise vähendamise ja tervishoiuorganite põhiliste ülesannete, s. o. nakkushaiguste likvideerimise ja vähendamise küsimustes 1960.—1965. a.

Kaitsepookimiste õige organiseerimisega tuleb likvideerida difteeria ja poliümüeliit. Teisi nakkushaigusi tuleb järsult vähendada. Haiguste likvideerimiseks on kõigepealt tarvis kõrvaldada nende tekkimise põhjused, seepärast on vaja laialdasemalt rakendada profülaktilisi abinõusid. Meie sotsialistliku tegelikkuse tingimustes, kus edukalt lahendatakse elamuehituse, tootlustamise, puhkuse, kehakultuuri, ratsionaalse töötamise jne. probleeme, on see kõik suunatud inimese tervise kaitseks. See loob ka reaalsed eeldused elanikkonna haigestumuse ja suremuse järsuks vähendamiseks ning paljude haiguste täielikuks likvideerimiseks, mida võimaldavad arstiteaduse ja tervishoiupraktika saavutused. Selleks on olemas ka vastav teadlaste ning arstide kaader.

Kaasaegne profülaktika nõuab peale üldiste ühiskondlike abinõude ka tervishoiutöötajate aktiivset vahelesegamist nõukogude inimese töö- ja elukondlikesse küsimustesse, et neid õigesti ja ratsionaalselt organiseerida. Kaasaegne profülaktika on eelkõige töötajate laiade masside hügieenilise kasvatamise arendamine. Selle õilsa eesmärgi saavutamiseks peavad aktiivselt kaasa aitama kõik arstid igalt erialalt, sõltumata töökohast.

Kõikide arstide ja meditsiinitöötajate kohustuseks ei ole ainult haigete õige ravimine, vaid ka töö- ja elutingimuste tundmaõppimine.

Lihtsas ja arusaadavas keeles tuleb faktide varal selgitada kõike seda, mis mõjub kahjulikult tervisele.

Nõukogude tervishoid on eluliste sidemetega seotud rahvaga. NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu kiitsid heaks Tuula cblasti, Orehhovo-Zujevo, Borissovi ja teiste linnade positiivsed töökogemused. Ka meie vabariigis on märkimisväärsed kogemusi sel alal, näiteks tehti 1958. aastal tõhusat tööd linnade ja asulate haljastamisel. Suurt aktiivsust näitas Paide, Abja, Põlva rajoonide ja Kohtla-Järve, Tallinna, Tartu ja paljude teiste kohtade elanikkond oma kodukoha heakorrastamisel ja haljastamisel. Eriti rõõmustav on märkida, et selles tänuväärses ürituses osutasid suurt initsiatiivi ja aktiivsust Punase Risti Seltsi organisatsioonid, kes oskasid kohalike parteikomiteede toetusel suunata oma paljutuhandelise aktiivi linnade ja asulate sanitaarse seisundi parandamise tänuväärses ülesande täitmisele. Viljandi rajooni paljude külanõukogude sanitaaraktiiv heakorrastas ja haljastas Punase Risti jaoskonnakomiteede juhtimisel kolhoosikeskusi, hoolitses talude ja kaevude sanitaarse korra eest. Kohtla-Järve ja Kiviõli haigla juurde on koondunud sanitaarvolinikena ka koduperenaisi ja pensionäre. Aktivistid kontrollivad süstemaatiliselt elumajade ja talude, kaupluste, sööklate, einelaudade, lastesõimede ja -aedade sanitaarset seisukorda. Oma ettepanekud sanitaarreeglite avastatud rikkumiste kõrvaldamise kohta esitavad Punase Risti aktivistid haiglate peaarstidele ja sanitaar-epidemioloogia jaamade töötajatele, paljudel juhtudel aga vahetult kohalikele nõukogude- ja parteiorganitele. Neid positiivseid kogemusi tuleb levitada kõikides meie vabariigi linnades ja asulates.

Meie vabariigis on välja töötatud teadusliku uurimistöö seitsme aasta perspektiivplaan. Perspektiivplaani väljatöötamisest võtsid osa Tartu Riikliku Ülikooli, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslikud töötajad ning mitmed teised Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi asutused. Seega võib öelda, et seitsme aasta perspektiivplaan hõlmab peamisi teaduslikke probleeme, mis tuleb lahendada praktilise tervishoiu huvides. Plaani sissejuhatavas osas on õigesti märgitud, et teaduslike töötajate ja arstide-praktikute loominguline initsiatiiv ei tohi piirduda temaatika ja uurimistöö suunamisel ainult perspektiivplaani raamidega. Temaatika peab olema aktuaalne ja vastama tervishoiu nõuetele.

Teadusliku uurimistöö plaanis on õigesti arvestatud kaasaegse tervishoiu praktilisi probleeme, millel on suur tähtsust meie vabariigis, näiteks võitlus tuberkuloosi ja reumatismiga, laste suremuse edasine vähendamine, traumatismiprobleem, võitlus kutsealaste haiguste ja nakkushaigustega, väga tähtsad on toitlustamise teaduslikud alused, emade ning laste kaitse ja rida teisi aktuaalseid probleeme.

Teadusliku uurimistöö plaani täitmisest võtavad peale teaduslike uurimisasutuste ja teadlaste osa ka ravi- ja profülaktikaasutused ning arstid-praktikud. Praegu tegeleb teadusliku uurimistööga umbes 140 arsti-praktikut. Oleks soovitav, et see arstide arv tulevikus üha suureneks, et peale teadusliku uurimistöö plaani täitmist teaduse vahetul seostamisel praktilise eluga paraneks elanikkonnale antava meditsiinilise abi kvaliteet. Õigesti on seatud küsimus abinõude rakendamiseks teadusliku uurimise instituutide struktuuri muutmisel, eriti tähtis on luua uus teaduslik-praktiline instituut kirurgia ja sisehaiguste alal Tallinna Vabariikliku Haigla baasil. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiininõukogu esimees A. Gunter püstitas õigesti ülesande plaani täitmise tõhusa kontrollimise kohta. See võimaldab näha mitte ainult seniseid saavutusi, vaid ka uusi teid uurimistöö alal, mis tagavad arstiteaduse arengu. Teaduslike uurimisasutuste juhtidel ja probleemide juchen-

dajatel lasub austav ülesanne — mobiliseerida kõik vabariigi arstiteadlased perspektiivplaani edukaks täitmiseks.

8.—9. jaanuaril k. a. Moskvast toimunud üleliidulisel nõupidamisel elanikkonna ambulatoorse-polikliinilise teenindamise alal mainiti, et nii sel alal, kui ka laste ja tööstustöölise polikliinilisel teenindamisel on saavutatud mõningat edu.

Kuid ei saa jätta mainimata, et viimasel ajal sellele tervishoiu tähtsale lõigule ei ole osutatud veel seda tähelepanu, mida ta väärib. Pärast 1947. a. toimunud haiglate ühendamist polikliinikutega hakkasid mõnede tervishoiuorganite juhatajad rohkem tähelepanu pöörama haiglate tugevdamisele, mis sageli toimus polikliinikute töö kvaliteedi nõrgenemise arvel. Polikliinikuid ei komplekteeritud küllaldaselt arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajatega. Sageli halvenes ka polikliinikute varustamine. Viimastel aastatel on voodikohtade arv statsionaarides iga arsti kohta vähenenud ja see on toimunud polikliinikute kahjuks. Partei ja valitsuse poolt püstitatud ülesannetest seisab meditsiinitöötajate ees tähtsaimana haiglavälise abi ja esmajoonelise ambulatoorse-polikliinilise abi täiustamine. Haiglaväline abi oma mahult, sisult ja tähtsusest on meie tervishoiusüsteemis eriti tähtsal kohal. Polikliiniku arstid peavad õigeaegselt ja efektiivselt kindlustama elanikkonnale kvalifitseeritud arstiabi. Selleks on vaja, et polikliinikutesse ja nõuandlatesse suunatakse tööle hästi ettevalmistatud arste, kusjuures tööd polikliinikus tuleb hinnata kui arsti töö üht austavamalt lõiku, sest siin otsustatakse sageli õige profülaktika ja ravi küsimus. Polikliinikud tuleb paremini varustada ja sisustada juba käesoleval aastal. See on tervishoiuorganite ja -asutuste juhatajate üks peamisi ülesandeid.

Uutes tingimustes on arstid ja kõik teised meditsiinitöötajad kohustatud oma teadmisi täiendama ning laialdasemalt kasutama arstiteaduse saavutusi ravi ja profülaktika alal. Rostovlaste uue algatuse väärtus seisneb selles, et teadlased, töötades ühiskondlikus korras polikliinikutes, võttes seal haigeid vastu, tõstavad arstide-praktikute kvalifikatsiooni, järelikult mõjutavad sellega tervishoiu taseme üldist tõusu.

Rostovlaste algatus leidis meie vabariigis kõige elavamalt vastukaja. Tartu polikliinikutes ja teistes asutustes võtavad haigeid vastu Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna professorid ja dotsendid. Nõukogude inimesed võtavad tänuga vastu selle hoolitsuse ja vastavad sellele plaanide täitmise ja ületamisega ettevõtetes, kolhoosides ja sovhoosides.

Seitse aastaku jooksul laieneb ja tugevneb tunduvalt tervishoiuvõrgu materiaalne ja tehniline baas. Partei ja valitsus on kavandanud laialdase abinõude kompleksi meditsiiniliste seadmete tootmise arendamiseks. Ravi- ja profülaktikaasutused varustatakse kaasaegsete seadmete ja aparatuuriga. Raviasutused saavad kõrge efektiivsusega ravivahendeid, antibiootikume, hormoon- ja kemo-terapeutilisi preparaate jne.

Meditsiinasutuste töö parandamisel hakkavad otsustavat osa etendama ühiskondlikud kaastöönõukogud. Ravi- ja profülaktika- ning sanitaar- ja hügieeniasutuste nõukogude koosseisu peavad kuuluma meditsiinitöötajad, partei, komsomoli, ametiühingu ja majandusorganisatsioonide esindajad.

Punase Risti organisatsioonide tööd tuleb meditsiinitöötajate abistamisel veelgi aktiveerida.

Eespool mainisime sanitaarpropaganda erakordset tähtsust, tahkime veel alla kriipsutada seda suurt ja austavat osa, mis uutes tingimustes peavad etendama sanitaarhariduse majad ja sanitaar-epidemioloogia jaamade sanitaarhariduse alal töötajad.

Ei ole kahtlust selles, et tervishoiutöötajad pühendavad kogu oma jõu ja teadmised nõukogude inimeste — kommunismi ehitajate meditsiinilise teenindamise igakülgeks parandamiseks.

Актуальные вопросы здравоохранения

А. Гольдберг

Резюме

В соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР дается установка по вопросу снижения инфекционных заболеваний, приводятся примеры хорошего использования санактива в лице членов Общества Красного Креста в Коктепеле, Кивиньи и других районах Эстонской ССР.

Ведущее место отводится профилактике заболеваемости, имеющей большое значение в гигиеническом воспитании широких масс трудящихся. В этом благородном деле должны активно участвовать врачи всех специальностей, независимо от места их работы.

Большое внимание должно быть обращено на выполнение в республике плана научных работ по медицине с тем, чтобы в них принимали участие как можно больше врачей-практиков, чтобы работники научно-исследовательских учреждений взяли на себя научное руководство и оказали соответствующую помощь практикам.

Среди задач, поставленных постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР перед медицинскими работниками, важнейшей является совершенствование внебольничной помощи и в первую очередь — амбулаторно-поликлинической. Внебольничная помощь по своему объему, содержанию и значению занимает исключительно важное место в системе здравоохранения. Врачи поликлиник призваны своевременно и эффективно обеспечивать население квалифицированной медицинской помощью. Для этого необходимо, чтобы в поликлинику, консультацию направлялись хорошо подготовленные врачи, считаясь с тем, что в этих медицинских учреждениях во многом решается судьба профилактики, диагностики и правильного лечения. Поликлинику необходимо еще в 1960 году лучше оснастить и оборудовать, это одна из основных задач руководителей органов и учреждений здравоохранения.

Выполняя постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР по вопросу дальнейшего улучшения медицинского обслуживания населения, врачи и все медицинские работники обязаны неустанно совершенствовать свои знания, шире использовать в лечебно-профилактической работе достижения медицинской науки. Ценность новаторского почина ростовчан именно в том и состоит, что ученые, работая на общественных началах в поликлиниках, принимая там больных, повышают квалификацию практических врачей, а следовательно, в конечном счете, содействуют общему подъему здравоохранения.

Почин ростовчан нашел живейший отклик и в нашей республике. В тартуских и других поликлиниках принимают больных и консультируют профессора и доценты медицинского факультета Тартуского государственного университета.

Нет сомнения, что работники здравоохранения приложат все силы и знания для всемерного улучшения медицинского обслуживания советских людей — строителей коммунизма.

TÖÖSTUSTÖÖLISTE MEDITSIINILISEST TEENINDAMISEST

A. Nordberg,

arstiteaduse kandidaat

NLKP Keskkomitee juunipleenumi otsused löid soodsad tingimused tervishoiu edasiseks arendamiseks ka meie tööstustes.

Tööstusettevõtete tööliste tervise kaitsel on meil vaieldamatuid saavutusi. Tööliste ravi- ja profülaktikaalaseks teenindamiseks on loodud territoriaalsete meditsiiniasutuste — tervishoiupunktide, polikliinikute, meditsiini-sanitaarosakondade võrk vahetult ettevõtete juures.

Käesoleval ajal teostab suur hulk ravi-profülaktikaasutusi laialdasi tervistavaid üritusi saavutades häid tulemusi kvaliteetse meditsiinilise teenindamise ning ajutise töövõimekaotusega haigestumiste vähendamise alal.

NSV Liidu eesrindlike tööstusettevõtete polikliinikute meditsiini-töötajad lähenesid loovalt tsehhijaoskondade organiseerimisele, mis või-

maldas tsehhiaarstidel ulatusliku ravi- ja profülaktikaalase töö kõrval sügavalt uurida hügieeni ja kutsehaigustega seotud põhilisi probleeme ning teha ettepanekuid töötingimuste tervendamiseks.

Tõsist tähelepanu väärrib Smolenski linakombinaadi tervishoiupunkt, mis tegelikult on kujundatud I linnahaigla polikliiniku filiaaliks. Seal on saavutatud häid tagajärgi profülaktika ja tööliste haigestumise vähendamise alal.

Tervishoiupunktis kehtib kord, et hospitaliseeritakse kõik kombinaadi töölised, kes seda vajavad. Tõhusat tööd tehakse seal ka tsehhiaarstide kvalifikatsiooni tõstmisel tööstustervishoiu ja kutsehaiguste alal.

Eesti NSV tervishoiuorganite lähemaks ülesandeks on tervishoiupunktide töö korraldamine. Teiste liiduvabariikide mõnedes tööstusettevõtetes on peale tsehhijaoskondade ka veel arstipunkt. See aga põhjustab töö dubleerimist ja meditsiinikaadri ebaratsionaalset rakendamist.

Eesti NSV-s hakatakse tsehhijaoskonna printsiipi alles juurutama. Olemasolevate arstipunktide töö vajab ümberkorraldamist. Kogemused näitavad, et meie tööstusettevõtete töötajate teenindamisel on tsehhijaoskonna printsiip kõige parem ja on end tegelikult elus täiesti õigustanud. Seda printsiipi rakendavad nii meditsiini-sanitaarosakonnad kui ka haiglad (polikliinikud) nende teenindamisele kuuluvates tööstusettevõtetes.

Tsehhijaoskondade arstide jaoks vajavad polikliinikud täiendavalt kabinette. Kui aga polikliinikul puuduvad vastavad võimalused tsehhiterapeutide tööks, või kui polikliinikud asuvad tööstusettevõttest kaugel, peavad ettevõtete arstipunktid ajutiselt edasi töötama, või seal tuleb luua polikliinikute filiaale.

Iseseisvad arsti- ja velskripunktid ei ole ratsionaalsed, sest siis ei osuta haiglad ega polikliinikud nende tööle küllaldast tähelepanu. Tervishoiupunktide juhtimise parandamiseks ja linnahaiglate ning polikliinikute vastutuse tõstmiseks nende töö eest tuleb nad lülitada vastavate haiglate ja polikliinikute koosseisu. Seega hakkavad polikliinik ja haigla rohkem huvi tundma ettevõtte töötingimuste konkreetse tundmaõppimise ja tööliste meditsiinilise teenindamise parandamise vastu, arvestades ajutise töövõimetusega haigestumuse struktuuri.

Tervishoiuorganite ja -asutuste edasilükkamatuks ülesandeks on tööliste polikliinilise teenindamise põhjalik parandamine. On ilmne, et tööliste polikliinilise teenindamise kvaliteeti saab tõsta ainult territoriaalse ja tsehhijaoskonna edaspidise tugevdamise ning arstide töö ratsionaalse kasutamise tingimustes. Peab mainima, et linnahaiglate ja polikliinikute töö praktikasse juurdub tsehhijaoskond võrdlemisi aegiaselt isegi seal, kus selleks on olemas vastavad tingimused (polikliiniku ruumid, kaugus polikliinikust jne.).

Seitse aastakul on kõikide tervishoiuorganite ja -asutuste tegevuse peamiseks suunaks endiselt tööstusettevõtete tööliste eelteenindamise printsiip. See puudutab esmajoones linnapolikliinikuid, -haiglaid ja sanitaar-epidemioloogia jaamu, sest sel perioodil hakkavad üldise tervishoiuvõrgu asutused teenindama suuremat osa tööstusettevõtete töolistest.

Iga raviausutus, nagu polikliinik, haigla, dispanser, naistenõuandla, peab esmajärjekorras kindlustama nende teenindamisele kuuluvate ettevõtete tööliste hospitaliseerimise, nende ambulatoorse teenindamise tsehhijaoskonna printsiibil, kvalifitseeritud spetsialiseeritud abi ning dispanserimise laiendatud meditsiiniliste näidustuste järgi.

On vaja parandada ka noorukikabinettide tööd, sest noorukite arv tööiskollektiivides kasvab. See nõuab noorukite dispansseeriteenindamise parandamist, nende tervise dünaamilist uurimist, ratsionaalse töökorralduse läbiviimist, töökaitse tugevdamist. Sanitaar-epidemioloogia

jaamad peavad tõstma nõudlikkust tööstusettevõtete juhtkonna vastu kes rikuvad sanitaar- ja hügieeninorme, töökaitse ning ohutustehnika seadusi. Nende suhtes tuleb rakendada kõiki sanitaarorganitele antud õigusi.

Jaoskonnapõhimõtte kindlustamiseks peab iga tsehhiarsti vastuvõtugaafik polikliinikus olema koostatud nii, et 3 päeva nädalas võtab arst vastu enne lõunat ja 3 päeva pärast lõunat vastavalt tööaja muutumisele tsehhides. Tööliste teenindamise selline korraldus võimaldab saavutada 80—83% jaoskonnaprintsipiist kinnipidamist. Erandi moodustavad ainult ägedaid haigusi põdevad töölised, keda võtab vastu polikliiniku iga arst.

Tööstusettevõtete tööliste süstemaatiline põhjalik läbivaatus, laboratoorsed uuringud, olemasolevate fluorograafia- ja röntgeniaparatuuride kasutamine võimaldavad loobuda mitmesugustest eriotstarbelistest läbivaatustest (tuberkuloosi- ning onkoloogiliste haigete väljaselgitamine jne.). Mitmesugustel tähtaegadel toimuvate läbivaatuste tõttu kaotavad töötajad palju oma tööajast. Pealegi ei ole ühe ja sama kontingendi mitmekordne läbivaatamine ratsionaalne.

Tsehhiarsti tööjuhendis on öeldud, et tsehhi tüüpjaoskond organiseeritakse 2000 töölise teenindamiseks, keemia-, mäe- ja naftatööstuses aga 1000 töölise kohta. Tsehhiarsti määrab kohale ja paigutab ümber meditsiini- ja sanitaarosakonna ülem või haigla (polikliiniku) peaarst ning ta töötab meditsiini- ja sanitaarosakonna või haigla (polikliiniku) sisehaiguste osakonna juhataja vahetul juhtimisel. Kui haigla (polikliiniku) koosseisus ei ole sisehaiguste osakonna juhatajat ette nähtud, siis juhib tsehhiarsti tööd polikliiniku peaarst (haigla peaarsti asetäitja polikliiniku alal).

Tsehhiarsti töö toimub haigla (polikliiniku) üldise plaani alusel tihedas kontaktis arstide-spetsialistidega, sanitaar-epidemioloogia jaama töötajatega, ettevõtete administratsiooniga, ametiühingu ja teiste ühiskondlike organisatsioonidega.

Tsehhiarst organiseerib oma jaoskonnas ravi- ja profülaktikaalaseid üritusi meditsiinilise teenindamise kvaliteedi tõstmise, töötingimuste tervendamise ja haigestumuse vähendamise otstarbel.

Tsehhiarsti töötamine statsionaaris sõltub kohalikest tingimustest ja antud raviasutuses kehtivast süsteemist. Juhul, kui statsionaari ei ole, tuleb tsehhiarst mitte harvemini kui iga kolme aasta järel suunata täienduskursustele.

Tsehhiarst võtab polikliinikus ambulatoorselt vastu sisehaigeid. See võimaldab juba haige esimese külastuse ajal teha kõik analüüsid, konsulteerida osakonna juhatajaga ja teiste erialade arstidega. Vajaduse puhul organiseerib tsehhiarst oma jaoskonna haigete hospitaliseerimist.

Tööliste ravimine kodus kuulub territoriaalsete raviasutuste ülesannetesse. Oma jaoskonna haigete tööliste eelsteenindamiseks peab tsehhiarst olema kontaktis territoriaalse polikliiniku vastava jaoskonna terapeutidega.

Tsehhiarstil lasub suur vastutus profülaktilise töö eest. Selleks tööks soovitatakse iga päev reserveerida 2—2,5 tundi. On vaja tundma õppida tööliste töötingimusi teenindatavates tsehhides. Vajaduse korral tuleks neid kontrollida otse töökohal. Süstemaatiliselt on vaja oma ettevõttes analüüsida tööliste töövõimekaotusega seosesolevat üldist ja kutealast haigestumist ning traumatismi. Haigestumise vähendamiseks peaks koos eriarstide ja administratsiooniga ning ametiühinguga välja töötama vajalikud abinõud.

Tsehhiarst vaatab kõik töölised esmakordselt läbi töölevõtmisel ja hiljem perioodiliselt, et välja selgitada üld- ja kutehaiguste varajasi vorme. Väljaselgitatud haigeid jälgib ja ravib ta dünaamiliselt, võttes haigete teatud kontingendid dispansersele teenindamisele. Tsehhiarst

teeb ka ajutise töövõimetuse ekspertiisi, valib välja haiged, kes vajavad sanatoorium-, kuurort või dieetravi, jälgib nende tervislikku seisukorda ja kontrollib läbi viidud ravi- ning profülaktikaürituste efektiivsust.

Koos sanitaar-epidemioloogia jaamaga ja tervishoiupunkti keskhari- dusega meditsiinipersonaliga organiseerib tsehhiterapeut epideemiatõr- jet, kusjuures järelevalve tsehhide, eluruumide, toitlustusobjektide jne. hügieenilise seisukorra üle langeb keskhariidusega meditsiinipersonalile. Sellele tööle rakendatakse laialdaselt ka sanitaaraktiivi. Koos tervishoiu- punkti keskhariidusega meditsiinipersonaliga valmistatakse ette ühiskond- likku sanitaaraktiivi (sanitaarsalku, sanitaarpöste, sanitaarvolinikke) ja tõmmatakse sellele tööle kaasa ühiskondlikke organisatsioone.

Tööliste sanitaarkultuuri tõstmisel etendab tähtsat osa ettevõtetes linnahaigla plaani järgi toimuv sanitaarharidustöö. Koos tervishoiupunkti keskhariidusega meditsiinipersonaliga valmistatakse töölisi ette enda- ja vastastikuseks abistamiseks, õpetatakse neile isikliku ja ühiskondliku hügieeni reegleid ning tutvustatakse haiguste vältimise abinõudega.

Tsehhiterapeut võtab osa tsehhikomitee ja sotsiaalkindlustuse nõu- kogu koosolekutest, kus arutatakse tööliste haigestumise ja traumatismi küsimusi.

Eesti NSV-s teenindavad tööstustöölisi peamiselt arsti- ja velskri- punktid, mis töötavad iseseisvalt, olles ainult formaalselt allutatud linna- polikliinikutele. Iseseisev polikliinik töötab ainult Narva Kreenholmi Manufaktuuris.

1959. a. uuriti meditsiinilist teenindamist Tallinna tööstusettevõtte- tes. Tallinnas töötab 68 tervishoiupunkti, neist 24 arsti- ja 44 velskri- punkti. Neis tervishoiupunktides töötavad 25 arsti ja 150 keskhariidusega meditsiinitöötajat, kes on võimelised töölisi kvalifitseeritult teenindama.

Peab mainima, et viimase kahe või kolme aasta jooksul on Tallinna tööliste meditsiiniline teenindamine tunduvalt paranenud, tervishoiu- punktid on komplekteeritud arstide ja keskhariidusega meditsiinitöõta- jatega.

Hästi on tööliste teenindamine organiseeritud V. Kingissepa nime- lises Tallinna Tselluloosi- ja Paberitööstuse Kombinaadis (tervishoiu- punkti juhataja arst R. Lesnina) ja Trikotaaživabrikus «Marat» (tervis- hoiupunkti juhataja arst E. Kalkun). Arstid võtavad 4 tunni jooksul päe- vas vastu keskmiselt 20—24 inimest. Profülaktilised kaitsesüstimid on tehtud, side administratsiooniga on hea. Tallinna Tselluloosi ja Paberi- kombinaadi tervishoiupunkt esines aruandega oma töö kohta Metsa- ja Paberitööstuse Tööliste Ametiühingu Vabariiklikus Komitees. Haigestu- must ja traumatismi analüüsitakse igas kvartalis. 1959. a. traumatism mõnevõrra vähenes. Dispanseerne teenindamine toimub õigesti. Need III polikliinikule alluvad tervishoiupunktid töötavad kogu ööpäeva jooksul vastavalt teenindamisplaanile.

Kuid mitte kõikides tervishoiupunktides ei ole tööstusettevõtete tööliste meditsiinilis-sanitaarne teenindamine küllaldaselt organiseeritud.

Kui esimene arsti- ja meditsiiniline abi on organiseeritud rahulda- valt, siis spetsialiseeritud ja kvalifitseeritud abi alal on veel puudusi. Paljud tervishoiupunktid ei tööta küllalt tõhusalt. Tööliste eelisteenin- damine ei ole polikliinikute ülekoormatuse ja ruumide kitsuse tõttu kül- laldane (Tallinna Kalinini rajoonis).

Enamik tervishoiupunktide arstidest tunneb tootvat tööd, analüüsib haigestumust ja traumatismi, kuid ei saavuta haigestumuse ja trauma- tismi vähendamisel olulist mõju ebaratsionaalse süsteemi tõttu, mis ei kindlusta tööliste kvaliteetset teenindamist. Näiteks annab tervishoiu- punkt töölise haigestumisel haiguslehe välja ainult 2 päevaks, pärast seda ravib töölise elukohajärgne polikliinik, kus ei tunta tootmistingimusi ja haigusleht antakse välja ainult haige kaebuste põhjal, ilma et oleks või-

malik arvestada haigestunu töö iseloomu. Samal ajal ei oie haiged enam tervishoiupunkti järelevalve all, nad on haiguslehe põhjal vabastatud, kuigi neid võiks rakendada kergemale tööle.

Tallinna II ja III haigla on mõnevõrra parandanud tervishoiupunktide töö metoodilist juhtimist ning tervishoiupunktide töötajate kvalifikatsiooni tõstmist. Ka tervishoiupunktide organisatsiooniline ning ravi- ja profülaktikatöö kvaliteet on paranenud. Puudulik on aga veel meditsiinitöötajate süstemaatilise kvalifikatsiooni ja ideelis-poliitilise taseme tõstmine. Ka on puudulik arstide ning keskkharidusega meditsiinitöötajate töölerakendamine statsionaarides.

Profülaktiivist tööd tehakse enamikus tervishoiupunktides puudulikult, kuigi see tööloik on nendes asutustes peamine.

Tervishoiupunktide side linna sanitaar-epidemioloogia jaamaga ei ole süstemaatiline. Profülaktilisi järelevaatusi ei ole 100-protsendiliselt teostatud (Ehitusmaterjalide Tehas «Silikaat», Tallinna Ekskavaatori-tehas, Tallinna Trammi- ja Trollibussitrust, Tallinna Vineeri- ja Mööbli-vabrik jt.).

Dispanseerne teenindamine on mitmes tervishoiupunktis madalal tasemel. Ajutise töövõimetusega seosesolevat haigestumust ja traumatismi uuritakse korrapäraselt. Kontakt administratsiooniga on puudulik.

Sääraste tervishoiupunktide hulka võib arvata Raudbetoontoodete ja Ehitusdetailide Tehase tervishoiupunkti, mis teenindab viit ettevõtet. Kontrollini oli arst I. Lobõzeva tervishoiupunktis töötanud 2 kuud, võttes 4 tunni jooksul päevas vastu 6—7 inimest. Tsehhides viibib ta harva, profülaktilist tööd ei tee. Tööplaani puudub, tervishoiupunkti ülevõtmisel ei ole plaani üle antud, 1959. a. ei ole profülaktilisi meditsiinilisi järelevaatusi läbi viidud. Administratsiooni ja tervishoiupunkti vahel sidet peaaegu ei ole. Arst ise arvab, et tema töötamine tervishoiupunktis ei ole end täielikult õigustanud.

Naha- ja Jalatsikombinaadi «Kommunaar» tervishoiupunkti juhataja arst R. Kesamaa võtab päevas vastu kuni 9 inimest. Tervishoiupunkti on 2 vaheseintega poolitatud tuba (sidumistuba ei ole). Profülaktiline töö on nõrk, dispanseerimist ei toimu, töö tootmistingimuste tervendamise ja haigestumuse ning traumatismi vähendamise alal on puudulik; tervishoiupunkti kontakt ametiühingu komitee ja administratsiooniga on nõrk; meditsiinipersonali koormus ambulatooriumis on väike; kontroll ja juhtimine polikliiniku poolt ei ole küllaldane. Tervishoiupunkti ruumid ei võimalda tööd edasi arendada.

Kopli polikliinik juhib tervishoiupunkti tööd nõrgalt, kui välja arvata see, et tervishoiupunkti arst võtab osa polikliiniku nõupidamistest. Profülaktiline töö on nõrk, tervishoiupunkti arstid vaheldusid aastas mitu korda. Profülaktiline läbivaatus on lõpetamata, haigestumust ja traumatismi praegu ei analüüsita. Dispanseerimine on puudulik.

Kokku vōte

Võib öelda, et tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise kõige efektiivsemaks organisatsiooniliseks vormiks on tsehhijaoskonna printsiip, mille alusel arstipunktid lähevad üle polikliiniku koosseisu, velskripunktid jäävad aga tööstusettevõtetesse. Linna- ja rajooni tervishoiuosakondade juhatajatel ja haiglate (polikliinikute) peaarstidel on võimalik organiseerida arstipunktide tööd tsehhiprintsiibil. Tallinna Vineeri- ja Mööblivabrikus, Trammi- ja Trollibussitrustis, V. Kingissepa nimelises Tellulooši- ja Paberitööstuse Kombinaadis, Raudbetoontoodete ja Ehitusdetailide Tehases, Naha- ja Jalatsikombinaadis «Kommunaar», Trikotaaživabrikus «Marat», Kondiitrivabrikus «Uus Kalev» jt, kus veel tervishoiupunkte ei ole, tuleks organiseerida tsehhijaoskonnad.

Vastavalt polikliinikute laiendamisele ja sisustamisele tuleb edaspidi polikliiniku lähedased tervishoiupunktid täielikult üle viia tsehhijaoskonna teenindamisele.

Territoriaalselt üksteise lähedal asuvate tööstusettevõtete tööliste spetsialiseeritud teenindamise parandamiseks on otstarbekohane luua ühendatud tervishoiupunktid — polikliiniku osakonnad, kus töölisi teenindatakse tsehhijaoskonna põhimõttel.

Selline polikliiniku filiaal on planeeritud Tallinna Kalinini rajoonis tehasele «Volta» ja Tallinna Masinaehitustehasele. V. Kingissepa nimelise Tallinna Tselluloosi- ja Paberitööstuse Kombinaadi, Tallinna Likööri- ja Viinavabriku, Trikotaaživabriku «Marat», Kontrollmööduriistade Tehase, Seebivabriku, Tallinna Liha- ja Konservikombinaadi meditsiinilist teenindamist võib organiseerida Tallinna Mererajooni polikliiniku filiaal.

Filiaalide organiseerimise vajadus tuleneb polikliinikute koormatusest ja vajadusest lähendada meditsiinilist abi tööstusettevõtetele. Eeskätt tuleb parandada tööliste erialast meditsiinilist eelsteenindamist polikliinikutes. Tervishoiupunktide arstide ja keskharidusega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmiseks tuleb koostada plaan. Tervishoiupunktide juhatajatele tuleb organiseerida vastavaid seminare, neid on vaja kutsuda kõikidele polikliinikus kogemuste vahetamiseks korraldatavatele nõupidamistele. Samuti nõuab parandamist sanitaarharidustöö töötajate hulgas ja ühiskondliku sanitaaraktiivi ettevalmistamine ning töölerakendamine.

Administratsioon ja ametiühingud peavad süstemaatiliselt kontrollima tervishoiupunktide tööd ning ametiühingu komitee ja tööliste üldkoosolekutel kuulama aruandeid tervishoiupunktide tööst.

Traumatismi ajutise töövõimekaotusega tuleb analüüsida kvartalite kaupa. Tootmistingimuste ja ohutustehnika parandamiseks tuleb rakendada vajalikke abinõusid.

KIRJANDUS

1. Решения июньского Пленума ЦК КПСС и дальнейшее улучшение охраны здоровья трудящихся промышленных предприятий. Сов. здравоохранение, 1959, № 10, стр. 3—8. — 2. Захаров Ф. Г. Улучшить охрану здоровья трудящихся промышленных предприятий. Сов. здравоохранение, 1959, № 2, стр. 15. — 3. Фридлянд И. Г. Значение производственных факторов в этиологии общей заболеваемости. Сов. здравоохранение, 1959, № 10, стр. 24. — 4. Александров М. Б. Опыт сопоставления общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Сов. здравоохранение, 1959, № 3, стр. 11. — 5. Сизарева Е. С. Опыт работы на цеховом участке. Сов. здравоохранение, 1959, № 10, стр. 14—18. — 6. Новиков И. М. На здравпунктах Донбасса. Сов. здравоохранение, 1959, № 7, стр. 49—50.

О медицинском обслуживании промышленных рабочих

А. Нордберг

Резюме

Решения июньского Пленума ЦК КПСС 1959 г. создают благоприятные условия для дальнейшего улучшения здоровья трудящихся нашей промышленности. В этом вопросе имеются бесспорные достижения — для лечебно-профилактического обслуживания рабочих непосредственно на промышленных предприятиях создана сеть территориальных медицинских учреждений: здравпункты, поликлиники, медико-санитарные части.

Неотложной задачей органов и учреждений здравоохранения является коренное улучшение организации поликлинического обслуживания рабочих. Повышение качества поликлинического обслуживания рабочих возможно лишь при условии дальнейшего укрепления территориальной сети медицинских учреждений, организации цеховой участковой, более рационального использования труда врачей здравпунктов.

Нельзя считать правильным такое положение, когда врачебные и фельдшерские здравпункты являются самостоятельными; это приводит к тому, что ни отделы здравоохранения, ни больницы, ни поликлиники не уделяют достаточного внимания этим здравпунктам. С целью улучшения руководства здравпунктами и повышения ответственности городских больниц-поликлиник за их работу необходимо здравпункты ввести в состав соответствующих больниц-поликлиник, и тогда больница-поликлиника будет конкретно изучать условия труда на предприятии, улучшать медицинское обслуживание рабочих, учитывая при этом структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Принцип преимущественного обслуживания трудящихся промышленных предприятий по-прежнему будет основным в деятельности всех органов и учреждений здравоохранения. Это прежде всего относится к городским больницам с поликлиниками и городским санитарно-эпидемиологическим станциям, так как за семилетку большая часть трудящихся промышленных предприятий республики будет обслуживаться общей сетью учреждений здравоохранения.

Каждое лечебное учреждение — больница, поликлиника, диспансер, женская консультация — должно лучше, качественнее обеспечивать рабочих и работниц прикрепленных к нему предприятий первоочередной госпитализацией, амбулаторным обслуживанием по принципу цеховой участковости, более квалифицированной специализированной помощью, а также диспансеризацией по расширенным медицинским показателям.

Необходимо усилить работу подростковых кабинетов, так как число подростков в рабочих коллективах систематически возрастает. Это требует улучшения диспансерного наблюдения за подростками, динамического изучения состояния их здоровья, проведения рационального трудоустройства, усиления охраны их труда. Санитарно-эпидемиологические станции должны повышать требовательность к руководителям промышленных предприятий, нарушающим санитарно-гигиенические нормы и законодательство по охране труда и технике безопасности, использовать по отношению к ним все права, предоставленные санитарным органам.

Надо сказать, что за последние 2—3 года обслуживание рабочих нашей республики значительно улучшилось, здравпункты укомплектованы врачами и средним медицинским персоналом.

Хорошо организовали свою работу такие таллинские здравпункты, как Целлюлозно-бумажного комбината им. В. Кингисеппа, трикотажной фабрики «Марат», где связь здравпункта с администрацией хорошо налажена, проведены профилактические призывки, ежеквартально проводится анализ заболеваемости и травматизма, четко ведется диспансеризация рабочих.

Однако не все здравпункты так хорошо организовали медико-санитарное обслуживание рабочих. Так например, недостаточно эффективно работают здравпункты Завода железобетонных конструкций и строительных деталей, кожно-обувного комбината «Коммунар», Завода ртутных выпрямителей им. М. И. Калинина. На этих здравпунктах не в полной мере проводится профилактическая работа, периодическими осмотрами не охвачено 100% рабочих, диспансеризация находится на низком уровне.

Систематические медицинские осмотры рабочих промышленных предприятий, использование результатов лабораторных анализов, рентгено- и флюорографических данных помогут отказаться от проведения различных целевых осмотров (на туберкулез, для выявления онкологических заболеваний и др.), которые вызывают большую потерю времени у трудящихся и, кроме того, многократные осмотры одних и тех же контингентов нерациональны.

Можно считать, что наиболее эффективной организационной формой медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий является цеховой участковый принцип, по которому врачебные здравпункты переходят в состав поликлиники, а фельдшерские остаются на промпредприятиях. Заведующие гор.-райздравотделами и главные врачи больниц (поликлиник), где на то имеются соответствующие условия (наличие кабинетов, небольшие расстояния), переводят врачебные здравпункты на цеховой принцип работы. Там же, где таких условий не имеется, целесообразно создать объединенные здравпункты — филиалы поликлиник с целью улучшения специализированного медицинского обслуживания рабочих территориально близко расположенных промышленных предприятий.

MEDITSIINILISE TEENINDAMISE KULTUURIST

A. Gunter,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut, arstiteaduse kandidaat

Nõukogude riik kulutab töötajate tervise kaitseks suuri summasid. Seega luuakse soodsad võimalused töötajate meditsiinilise teenindamise edasiseks täiustamiseks eesrindliku nõukogude arstiteaduse baasil.

Haiglate ja polikliinikute ühendamine võimaldas tööd organiseerida nii, et kõik üritused haiguste vältimise ja haigete ravimise alal viiakse läbi komplekselt kodus ja käitises, polikliinikus ja haiglas.

I. Setšenovi ja I. Pavlovi uurimused andsid klinitistile sügavalt teaduslikke andmeid erutus- ja pidurdusprotsesside vastastikuse sõltuvuse alal. See aitab meil närvitalitluse häireid paremini ja õigemini mõista. Teadus ja praktika rikastusid uue mõistega — säästva ravirežiimiga, mis osutub haigele negatiivselt mõjuvate ärrituste kõrvaldamise oluliseks abinõuks.

Haigla säästva ravirežiimi olemuse põhijooned on järgmised: a) negatiivselt mõjuvate kuulmis-, nägemis- ja haistmisärrituste jne. kõrvaldamine; b) haiguse ja eelseisva raviga (kirurgilise operatsiooni ja teiste vahelesegamistega) seosesolevate raskete psüühiliste elamuste kõrvaldamine; c) seoses ravimanipulatsioonidega (süstimid jne.) tekkida võivate valuaistingute kõrvaldamine; d) rahuliku oleku seostamine füüsilise aktiivsuse ning erksusega ja üldise neuropsüühilise toonuse tõstmisega; e) toitlustamise kui inimese tervise taastamise ühe tähtsama teguri reguleerimine, arvestades haigete individuaalseid erinevusi ja harjumusi; f) haiglakollektiivi loominguiline koostöö, kõrge teadlikkus ja kohusetunne võitluses inimese elu ja tervise eest.

Klinitistid teavad hästi, et väga paljud haigused, mis algavad puhtfunktsionaalsetena, muutuvad järk-järgult raskemateks, parandamatuteks orgaanilisteks muutusteks; näidetena olgu mainitud hüpertooniatõbi, koronaarse vereringe häired, bronhiaalastma jt.

Lähtudes I. P. Pavlovi füsioloogiaõpetusest, on täiesti arusaadav, et sõnadega võib haigele avaldada soodsat mõju, kaasa aidata tema tervise taastamisele, kuid sõnad võivad muutuda ka vastupidisteks, patogeenseks teguriteks. Kuigi me seda hästi teame, ei arvesta me sageli neid fakte. Haiglas peab haige eest leidma meditsiinipersonali kõige leebema kohtlemise. Peab alati meeles pidama, et jäme, ettevaatamatu sõna võib haigele teha suurt kahju ja hävitada kõik ravi tagajärjed.

Arstid peavad olema taktitundelised ja tagasihoidlikud selliste arvamuste avaldamisel haige juuresolekul, mis võivad tal tekitada ebasoodsaid kujutlusi, ja püüdma, et nende arvamused osutaksid haigesse positiivset toimet. Et arsti visiidid ise muutuksid raviürituseks, tuleb arstide hulgas teha suurt tööd. Visiitidele kui ravitegevusele omistas G. Reinberg nii suurt tähtsust, et pühendas sellele spetsiaalse artikli (Советская медицина, 1947, 8, 41—44).

Ravitöö korraldamine I. P. Pavlovi õpetuse alusel eeldab haige elu, tema haiguse arenemise mitmesuguste väliskeskkonna tegurite mõju hoolikat tundmaõppimist. On teada, missugust tohutut tähtsust diagnoosimisel omistasid hästi kogutud anamneesile M. Mudrov, G. Zahharjin, A. Ostroumov. Kahjuks isegi statsionaaris ei uurita haige anamneesi selise hoolikusega, nagu see on vajalik õigeks diagnoosimiseks ning haiguse etioloogia ja kulu mõistmiseks. Osakondade juhatajad peavad osutama tähelepanu sellele küljele arstide töös.

Nõukogude tervishoiu kaasaegne suund nõuab meie haiglate varustuse pidevat parandamist, milleks eraldatakse igal aastal suuri summasid.

Suurt osa meditsiinilise teenindamise kultuuri tõstmisel peab etendama NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi otsus haiglates kahelülilise teenindamise süsteemi sisseseadmisel. Selle väga progressiivse meetodi puhul hakkavad haigetega kokku puutuma peamiselt arst ja meditsiiniõde, mis eriti tõstab keskharidusega meditsiinipersonali vastutust ja tähtsust ning kaheldamatult parandab haigete teenindamist.

Polikliiniku registratuur ja haigla vastuvõtuosakond on väga vastutusrikkad kohad: raviprotsess algab just siin ja haigete esimesed muljed mõjustavad tunduval määral ravi tulemusi. Peab meenutama kõnekäändu, et kui haigel ei hakka kergem teadmisest, et ta astus üle ravisutuse läve, siis ei seisa see asutus nõutaval kõrgusel. Sõltuvalt töö seisukorrast meie registratuurides ja vastuvõturuumides tekib haigetel sageli erutusseisund ja usaldamatus personali vastu või vastupidi: rahulik, optimistlik meeleolu ja täielik usaldus. Tuleb võidelda järjekordade tekkimise vastu polikliinikutes ja viia meditsiinipersonali teadvusse asjaolu, kui kahjulikult peegelduvad järjekorrad ja teised töös esinevad puudused ravimise efektiivsusele.

Kui vastuvõtu- ja sanitaarkorraldamisruumid ei ole puhtad ning neis valitseb korratus, siis kaotab haige ravi vastu usalduse. Ta mõistab, et ravimine sellises olukorras ei saa olla täisväärtuslik.

Hoopis teistsugused muljed jäävad haigele siis, kui enne osakonda sisenemist ta leiab eest lilled, piinlikult puhtad ruumid jne. Ooteruumis näeb haige maale ja maitsekalt asetatud plakateid. Siin saab ta tutvuda osakonna sisekorraga (haigete vastuvõtmise ja väljakirjutamise päevad ja kellaajad, arsti poolt antavate õiendite väljaandmise ning pakide vastuvõtmise ajad jne.). Meditsiinipersonal võtab ta vastu tähelepanelikult, siin saab ta õiged vastused kõikidele teda huvitavatele küsimustele.

Sellise ravisutuse vastu tekib haigel usaldus ja ta tuleb osakonda usuga tervenemisse.

Vaikus on haigetele väga tähtis. Võib kujutleda haige mõtteid, kes haiglasse saabudes kuuleb meditsiinipersonali valju kõnet ja naeru (veel halvem — vaidlusi), kui koridorides kolistatakse toolidega ja paugutatakse ustega, kui köögis kolisevad nõud, kui palatitest kuulduv haigete oiged ja karjeid.

Pöetamisel on väga tähtis toitlustamine. Maitseta, jahtunud toit, selle ebameeldiv välimus või söömiseks sobimatu ümbrus — kõik see häirib normaalset seedimist.

Oma seisukorra ja haiguse laadi kohta ei pea haige kõike teadma. Seepärast peaksid arstid, kes haiget otseselt ei ravi, hoiduma tema seisukorrast kõnelemast.

Kõneldes haigetega või nende juuresolekul oma kaaslastega, peab olema väga ettevaatlik. Mõnikord võib juhuslikult öeldud sõna haiget kahjustada. Säärane sõna võib põhjustada iatrogeense haigestumise, millest haiget terveks arstida on väga raske. Peab alati meeles pidama, et haiged püüavad iga meie sõna, iga pilku.

Valu maksimaalseks kõrvaldamiseks on palju vahendeid, kuid aitab ka leebe sõna ja tähelepanelik hoolitsus personali poolt.

Iga süste ja manipulatsioon tuleb maksimaalselt valutustada. Iga valuaisting tuleb kõrvaldada. Selleks tuleb oskuslikult kasutada kogu valutustavate vahendite ja meetodite arsenalit.

Tuleb peatuda ka meditsiinipersonali omavahelistel suhetel. Need on sageli osakonnas valitseva distsipliini ja korra peegliks.

Osakonnajuhatajad ja konsultandid peavad palatis läbi viima haige hoolika läbivaatuse, kusjuures haiguslugusid tutvustav ordinaator peab seda tegema nii, et see ei süvendaks haige kartust oma tervisliku seisukorra suhtes. Asja arutamine ja mõtete vahetamine peab toimuma haige juuresolekuta.

Kodus viibivat haiget tuleb kohelda samuti järelemõeldult ja tähelepanelikult nagu statsionaariski.

Mingisuguse ülekoormusega ei saa vabandada seda, et arst koduse visiidi puhul ei võta ära üleriideid, ei pese käsi või väljendab oma rahulolematust tema arvates põhjendamatu kojukutse pärast.

Ainult maksimaalne taktitunne ja arsti osavõtlikkus, tema meditsiiniline kultuur sisendavad haigesse usaldust ja austust arsti vastu. L. Tolsstoi ütles: «Arst peab olema rohkem inimene ja vähem ametnik».

Vastuvõtul polikliinikus peab arst samuti mõtlema igale pisisasjale.

Näiteks, kirjutades retsepti, peab ta enne selle hoolikalt läbi mõtlema, arvestades, et retseptide parandamine ja ümberkirjutamine haige juuresolekul võivad jätta mulje arsti kindlusetusest ja süvendada kahtlust diagnoosimise ning ravi õigsuse suhtes.

Arst peab olema pidevalt kursis apteekide defektuuriga, sest väljakirjutatud ravimi asendamine teisega mitte ainult ei viivita ravi algust, vaid sunnib haiget oletama, et ravi ei ole täisväärtuslik.

Järjekordade likvideerimiseks ja mõnede arstide ning kabinettide koormatuse vähendamiseks tuleb laialdaselt kasutada haigete registreerimist telefoni teel ja ka vahetult arstide vastuvõtul.

Ambulatoorseste kaartide hoolikas säilitamine ja täitmine, nende korrasoleku jälgimine ja dublikaatide vältimine ei ole vähese tähtsusega haigete ravimise käigus ning järelikult ka meditsiinilise teenindamise kvaliteedis. Korratult täidetud ambulatoorset kaarti on arstil raske lugeda. Kadumaläinud ambulatoorne kaart paneb haige närveerima, selle korratu välimus aga ei sisenda usaldust ega austust asutuse töö vastu.

Erilise tähelepanu peavad omandama dispanseersed teenindamismeetodid, mis võimaldavad mitte ainult haige organismi hoolikat uurimist dünaamikas, vaid selgitada ka ühtede või teiste muutuste seost ühiskondliku ja perekondliku elu, töötingimuste, põetud haigustega jne. Selles suhtes omab erilist tähtsust haiguste varajane väljaselgitamine massiliste profülaktiliste ja perioodiliste läbivaatuste abil kui ka arsti vastuvõtul.

Üheks peamiseks ravi ühtsust kindlustavaks tingimuseks on ambulatoorsete kaartide üleandmise süsteem üheaegselt statsionaari hospitaliseerimisega ja nende tagastamine polikliinikusse pärast haige väljakirjutamist koos kohustusliku epikriisi sissekandmisega.

Kuni käesoleva ajani ei ole üle saadud kahjulikust praktikast korrata statsionaaris kõiki analüüse ja uurimisi, mis alles asja tehti ambulatoorse ravi ajal. See traumeerib haiget asjata, venitab uurimist ja koormab kabinette.

Õige organiseerimine peab põhjalikult muutma kogu ambulatooriumide ja polikliinikute töö stiili ning kindlustama haigetele täisväärtusliku meditsiinilise abi, mis arvestaks elanikkonna suurenevaid nõudeid.

Nii polikliinikus kui ka statsionaaris on suureks ja tõsiseks küsimuseks meditsiiniliste dokumentide ja õiendite väljaandmise süsteem.

Sageli juhtub, et haigele kätteantud laboratoorne analüüs, röntgeni-ülevõte jne. fikseerib kauaks tema tähelepanu ühele või teisele normist kõrvalekaldumisele, kusjuures haige võib neid muutusi valesti mõista.

Keskharidusega ja noorem meditsiinipersonal ei peaks andma teateid haigetele ja tema omastele haiguse laadist, haige seisukorrast ja prognoosist. Erandiks on selgitavad teated, mida annavad keskharidusega meditsiinitöötajad velskri-ämmaemandapunktides.

Haigetele ei tohi kätte anda uurimiste ja analüüside tulemusi. Need antakse vahetult raviva arsti kätte ja lisatakse haigusloo juurde. Haiguslugusid tuleb hoida nii, et need ei oleks haigetele kättesaadavad.

Kirjalikud teated mõnede küsimuste kohta tuleb saata otse sellest huvitatud asutusele.

Statsionaarist väljakirjutamisel antavale teatisele märgitakse ainult põhidiagnoos. Pahaloomuliste kasvajate, samuti parandamatute haiguste puhul diagnoos šifreeritakse või ei märgita seda üldse, kõik teated haige kohta aga saadetakse raviasutusele, kelle järelevalve alla haige antakse.

Igas raviasutuses on täiesti vältimatu töö haige sugulastega. Eelkõige tuleb sisse seada kord, et nad süstemaatiliselt saaksid informatsiooni haige tervisliku seisukorra kohta ravivalt arstilt eneselt.

Peab arvestama asjaolu, et regulaarsed kokkusaamised sugulastega võivad avaldada haigele soodsat mõju. Seepärast tuleb maksimaalselt suurendada külastamispäevade arvu ja organiseerida neid nii, et need ei häiriks raviasutuse režiimi. Mõistagi tuleb sugulasi enne vastavalt ette valmistada. Kui nad, nagu seda sageli juhtub, hakkavad haiget traumeerima, avaldades oma kaastunnet tema halva väljanägemise üle, või veel enam, nutma, jutustama ebaseaduslikest sündmustest tööl ja perekonnas, siis toovad kokkusaamised kasu asemel haigele kahju, rikkudes terve säästva ravirežiimi, mis on raviasutuses kujundatud.

Haige teenindamisel kodus peab arst haige sugulastele arusaadavas vormis selgitama haige põetamist, meditsiinilise ordineerimise tähtsust ja seda, kuidas tuleb pidada teatud režiimi ning täita isikliku hügieeni reegleid ja profülaktikanõudeid.

Meditsiinilise kultuuri mõiste on lai, seepärast on raske ühes artiklis ette näha kõiki küsimusi, mida elu püstitab. Meditsiinitöötajate ees seisvate ülesannete edukaks lahendamiseks on eelkõige vaja laialdast initsiatiivi ja loovat mõtet.

О культуре медицинского обслуживания

А. Гунтер

Резюме

В нашей стране создаются большие материальные возможности для дальнейшего совершенствования медико-санитарного обслуживания трудящихся на основе передовой советской медицинской науки.

Большое значение придается охранительно-лечебному режиму, направленному на: устранение отрицательно действующих раздражителей — слуховых, зрительных, обонятельных и т. д.; продление физиологического сна больного; устранение тяжелых психических переживаний, связанных с заболеванием и предстоящим лечением; устранение болевых ощущений, связанных с выполнением лечебных мероприятий; сочетание режима покоя с физической активностью, бодрствованием и поднятием общего нервно-психического тонуса больных; организацию питания больных как мощного фактора в восстановлении здоровья человека с учетом его индивидуальных особенностей и привычек; творческое содружество коллектива больницы, основанное на высокой сознательности чувства благородного долга бороться за жизнь и здоровье человека.

Наряду с проведением охранительно-лечебного режима большую роль в поднятии культуры медицинского обслуживания больных должен сыграть двуступенный метод их обслуживания в больницах.

В статье приводятся задачи, стоящие перед медицинскими работниками, призванными всемерно улучшать культуру обслуживания больных в лечебных учреждениях республики, руководствуясь при этом павловским учением о нервизме.

POLIOMÜELIIT EESTI NSV-s 1959. a.

enne ja pärast elanikkonna massilist vaktsineerimist attenueeritud elusvaktsiiniga

Arstiteaduse kandidaat **E. Raudam, T. Kuslap, V. Tapupere ja K. Männik**

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedrist, juhataja dotsent **E. Raudam** ja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat **A. Jannus**)

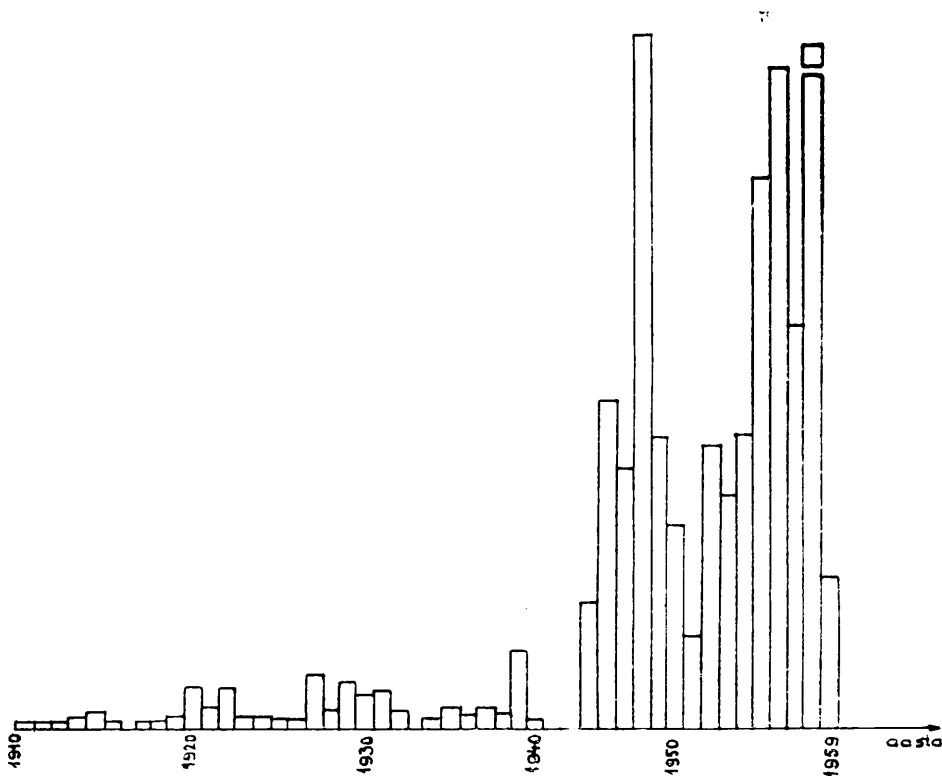
1959. a. oli poliomüeliidiprobleemis uueks pöördelise tähtsusega aastaks, sest siis hakati NSV Liidus esmakordselt elanikkonna massiliseks vaktsineerimiseks poliomüeliidi vastu rakendama elusvaktsiini. Eesti NSV-s viidi vaktsineerimine läbi NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidiuurimise Instituudi direktori M. Tšumakovi initsiatiivil ja vahetul juhtimisel ning meie tervishoiu alal töötajate aktiivsel kaasal. Vaktsineeriti esialgsel andmetel kokku üle poole Eesti NSV elanikkonnast (1). Eesti NSV oli esimeseks liiduvabariigiks NSV Liidus ja kogu maailmas, kus vaktsineeriti nii suur protsent elanikkonnast. Massilise vaktsineerimise viivitamatut läbiviimist nõudis epidemioloogiline olukord, sest 1958. a. sügiskuudel esines meil laialdane poliomüeliidipuhang. Arvestades poliomüeliidi epidemioloogilisi iseärasusi Eesti NSV territooriumil, kus haigestumine esines puhanguliselt ning puhangud muutusid viimasel aastakümnel üha ulatuslikumateks ja likvideerusid mitme aasta jooksul, võis karta, et ka 1959. a. ja sellele järgnevatel aastatel on meil poliomüeliiti haigestumine kõrge. Seda kinnitasid statistilised andmed poliomüeliiti haigestumise kohta Eesti NSV territooriumil viimase 50 aasta jooksul (joonis nr. 1).

1946. a. kuni 1958. aastani esines poliomüeliiti haigestumist Eesti NSV-s peaaegu kõikidel kuudel, kusjuures epideemilistel aastatel langes 68—71% aastas (2) esinenud haigusjuhtudest augusti-, septembri- ja oktoobrikuule. 1959. aasta algul, enne massilise vaktsineerimise algust, oli meil poliomüeliiti haigestumine suhteliselt sage. Pärast massilist vaktsineerimist aasta esimesel poolel likvideerus meil poliomüeliit epidemioloogiliselt ohtlikel kuudel praktiliselt täielikult.

1959. aasta alguseks, kui meil hakati läbi viima massilisi vaktsineerimisi elusvaktsiiniga, oli kogunenud küllaldaselt kirjanduslikke andmeid, mis näitasid, et elusvaktsiin on ohutu ja eriti efektiivne poliomüeliidipuhangute likvideerimisel (11). Kuni 1957. aastani vaktsineeriti elusvaktsiiniga väiksemaid elanikkonna grupe (5, 6, 7, 8). Verlinde kaastöölisega (9) vaktsineeris 40 last ja täiskasvanut, kellel polnud homotüüpilisi antikehi kõrgelt attenueeritud kolme viirusetüübi tüvedega. Mõne üksiku erandiga arenes vaktsineeritutel viiruse paljunemine seedetraktis ja veres ilmusid antikehad. Vaktsineeritutel kestis viiruse eritamine roojaga 7—44 päeva. Isikutel, kellel täheldati homotüüpsete antikehade kõrget tiitrit, oli viiruse eritumine lühiajaline. Immuunsed isikud eritasid ühes grammis roojas viirust vähem kui mitteimmuunsed. A. Sabin (10) vaktsineeris tema poolt 1956. aastal ahvineeru koekultuuridel suurtes kogustes valmistatud kolme viiruse tüüpi sisaldava elusvaktsiiniga järjest suuremaid lastekontingente. Vaktsineerimine ei põhjustanud vaktsineeritutel ega nendega kontaktsetel mingeid reaktsioone. Akadeemik Smorodintsev (3) alustas Sabin'i elusvaktsiini uurimist 1957. a. algul. Ta vaktsineeris üle 1200 lapse attenueeritud Sabin'i viiruse tüvedega ja tõestas vaktsiini täielikku ohutust (1, 3) ning kõrget immunoloogilist efektiivsust.

Esimesed massilised vaksineerimised elusvaktsiiniga viidi läbi 1958. a. alguses epideemia vältel Belgia Kongos 244 596-le isikule (12). Neli päeva pärast vaksineerimist likvideerus poliomüeliit vaksineeritud piirkondades. Tšehhoslovakkias vaksineeriti 1958. a. detsembris 143 000 elanikku Sabin'i vaktsiiniga ja Singapuris 200 000 last (1).

Elusvaktsiini kasutamise esimestel aastatel oli kahtlus, et attenuueeritud viirus võib muutuda korduvatel inimpassaazidel virulentseks ja põhjustada paralüüse. Histoloogilised ja seroloogilised uurimused on näidanud, et attenuueeritud viiruse eritumisel 15.—20. päeval pärast selle suu kaudu vaksineerimist võib esineda neurotropismi minimaalne suurenemine, mis on ajutine ja praktiliselt täiesti ohutu (8, 9, 11).



Joon. 1. Haigestumus poliomüeliiti Eesti NSV-s 1910.—1959. a.

Salk'i vaktsiini massiline kasutamine 1955. a. alates näitas, et surmatud vaktsiiniga vaksineerimine vähendas paralüütilise poliomüeliidi esinemist 70—90% võrra. Surmajuhtude arv vähenes kolm kuni neli korda. Vaksineerimine ei pidurdanud aga poliomüeliidi virulentse viiruse tsirkulatsiooni elanikkonnas ega muutnud poliomüeliidi epidemioloogilisi seaduspärasusi. Näiteks Põhja-Ameerika Ühendriikides, kus Salk'i vaktsiini on kõige massilisemalt kasutatud, on poliomüeliidijuhtude arv vähenenud, kuid võrreldes 1957. aastaga tõusis 1958. aastal paralüütiliste juhtude arv ja ka aparalüütilist poliomüeliiti esines küllalt palju (13).

Eesti NSV-s viidi NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliiduurimise Instituudi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi poolt massilise vaksineerimise ajal läbi põhjalik seroloogiline ja virusoloogiline analüüs. Saadi väärtuslikke andmeid, mis näitavad kasutatud kodumaise poliovaktsiini kõrget immunoloogilist ja epidemioloogilist efektiivsust (1).

Analüüsides poliomüeliidi epidemioloogiat Eesti NSV-s 1959. a. näeme, et esmakordselt viimase 15 aasta jooksul saavutati 1959. a. olukord, kus sügiskuudel ei esinenud poliomüeliiti. Tartus, kus 1959. a. jaanuarikuus alustati elanikkonna massilise vaktsineerimisega ja see kiirelt lõpetati, ei ole alates veebruarist kuni aasta lõpuni registreeritud ühtegi poliomüeliidijuhtu. Kui 1959. a. I kvartali jooksul täheldati vabariigis grupilist haigestumist, siis alates massilisest vaktsineerimisest esines poliomüeliidi üksikjuhte vabariigi eri rajoonides.

Jälgides poliomüeliiti haigestumise vanuselist struktuuri Eesti NSV-s 1959. a. näeme, et kõige rohkem haigusjuhte esines 11- kuni 20-aastaste, selle järel 1-kuni 2-aastaste ja 20-kuni 30-aastaste hulgas. Nii vaktsineeritute kui ka mittevaktsineeritute haigestumise ealine struktuur näitas, et vaktsineeritudel 0—1 ja 31—50 eluaastate rühmas paralüütilist poliomüeliiti ei esinenud. Mittevaktsineeritute hulgas esines aga nimetatud eärühmades haigestumisi (tabel 1).

Tabel 1

Poliomüeliiti haigestumine Eesti NSV-s 1959. a. ea ja soo järel

Vanusrühmad	Vaktsineeritustest haigestunud (paralüütilised vormid)		Vaktsineerimatutest haigestunud (paralüütilised vormid)		Aparalüütilised vormid (vaktsineerimata)		Kokku
	N	M	N	M	N	M	
0—1 (excl.)	—	—	1	2	—	—	3
1—2	—	1	1	4	2	—	8
3—5	1	1	—	—	1	—	3
6—10	1	—	—	2	1	—	4
11—15	1	1	2	3	3	2	12
16—20	2	—	6	5	3	—	16
21—30	—	1	4	3	1	—	9
31—40	—	—	—	2	—	—	2
41—50	—	—	—	1	—	—	1
Kokku	5	4	14	22	11	2	58

1959. a. poliomüeliiti haigestunute virusoloogilisel uurimisel enne attenuueeritud poliovaktsiiniga vaktsineerimist isoleeriti kolme paralüütilise vormiga haige roojast II viiruse tüüp, ühel I tüüp ning ühel aparalüütilise vormiga haigel ka III tüüp (tabel 2).

Arvestades elusvaktsiini kasutamise tulemusena kujunevaid ulatuslikke immunobioloogilisi nihkeid elanikkonnas, võib arvata, et poliomüeliidi kliiniline pilt tunduvalt muutub. Kirjanduses leidub andmeid poliomüeliidi kliiniku kohta surmatud vaktsiiniga vaktsineeritute kontingendil ja on näidatud, et poliomüeliidi kliiniline kulg nendel haigetel on suhteliselt kergem, kuid põhiliselt tüüpilise dünaamika ja sündroomidega (15). Elusa poliovaktsiiniga vaktsineeritute haigestumise kliinilise analüüsi kohta kirjanduse andmeid ei leidu. Seepärast pakub erilist teaduslikku ja praktilist huvi iga poliomüeliidijuhtu kirjeldus, kui haige oli vaktsineeritud elusvaktsiiniga. 1959. a. registreeriti Eesti NSV-s 9 poliomüeliidijuhtu elusvaktsiiniga vaktsineeritud. Nendest neljal juhul oli vaktsineerimine jäanud lõpetamata.

Järgnevalt esitame ülevaate kolmest tüüpilisemast haigusloost:

1. Haige R. Ö., tütarlaps 17 a. v., Tallinnast. Diagnoos: paralüütiline poliomüeliit kahepoolse *n. peroneus*'e tüüpi nõrkusega. Haigestus 26. mail jalgade nõrkusega. Vahetult enne haigestumist oli kukkunud põlvele tenniseväljakul. Haigestumise päeval sõitis jalgrattal ja kukkus. Kehatemperatuur oli normis. Valusid ei kaeva-

nud. Hospitaliseeriti 29. mail Tallinna Nakkushaiglasse. Neuroloogilisel järelevaatusel sedastati labajalgade pareese. Tugevalt oli nõrgenenud labajalgade dorsaalfleksioon, plantaarfleksioon oli säilinud. Achillese refleksid puudusid. Ravimisel taastusid refleksid kahe nädala jooksul, kuid labajalgade pareesid dorsaalfleksiooni osas jäid püsima.

Patsient oli vaktsineeritud kolm korda: 16. märtsil I tüüp, 16. aprillil I + III tüüp ja 22. mail I + II + III tüüp.

Virusoloogilisel analüüsimisel 7. päeval võetud *faeces*'est eraldati I tüüpi poliovirus.

2. Haige T. M., 10-aastane tütarlaps, Rakvere 7-aastase kooli õpilane. Diagnoos: paralüütiline poliümüeliit ülemiste ja alumiste jäsemete nõrkusega. Haigestus 27. juulil Võsul. Tundis jalgade nõrkust ja väsimust. 28. juulil lisandusid väsimusele valud, 29. juulil pöördus arsti poole. 30. juulil ei saanud hästi käia. Kõndis toe abil ja istus kätele toetudes. Temperatuuri polevat olnud. Hospitaliseeriti 8. haiguspäeval Tartu Vabariiklikku Kliinilisse Haiglasse, kus viibis 3. augustist kuni 19. septembrini. Neuroloogilisel järelevaatusel haiglasse saabumisel oli haigel kerge opistotoonus, istmikunärvide palpatoorne valulikkus ja torakolumbaalosas paravertebraalsete närvipunktide valulikkus. Jäsemete lihaskond oli hüpotooniline, käte pigistusjõud nõrgenenud, abduktsioon õlaliigesest nõrgenenud. Vitaalkapatsiteet 2200 ml. Laba-

Tabel 2

Virusoloogilised uuringud 1959. a. poliümüeliiti haigestunudel enne vaktsineerimist atenuueeritud vaktsiiniga

Kliiniline vorm	I tüüp	II tüüp	III tüüp	negat.
1. Pontobulbospinaalne hingamishäiretega	1	1	—	1
2. Pontobulbospinaalne hingamishäireteta	—	1	—	—
3. Spinaalne dissemineeritud	—	—	—	2
4. Spinaalsed ülemised	—	—	—	—
5. Spinaalsed alumised	—	1	—	2
6. Landry	—	—	—	—
7. Näonärvi isoleeritud parees	—	—	—	1
8. Aparalüütilised	—	—	1	4

jalgade liikuvus piiratud. Jäsemete kõõlus-periostaalrefleksid ja kõhurefleksid puudusid. Liikvoris oli 9. haiguspäeval pleotsütoos 3, valk 0,8%. Ravimisel tütarlaps paranes. Lihaste jõud taastus kiiremini jäsemete proksimaalsetes osades ja aeglasemalt distaalsetes osades. 20. haiguspäevast alates ilmnesid lihaste atroofiad *m. supra-* ja *infraspinatus*'es. Kliinikus viibis 40 päeva. Haiglast lahkudes esines ölavöötmel- ja rindkerelihaeste atroofia. Vasaku sääre lihaste atroofia oli tugevam kui paremal pool. Esines torakaalosa kerge küfoos ja nimmeosa suurenenud lordoos. *Biceps-* ja *triceps-*refleksid madalad $d=s$, patellaarrefleksid madalad $d>s$, Achillese refleks $s<d$. Kõhurefleksid vallanduvad.

Haiget oli vaktsineeritud trivaktsiiniga kaks korda, 23. aprillil ja 21. mail.

Seroloogilisel analüüsimisel leiti antikehade tiitri tõus III tüüpi poliovirusete tüvede suhtes, kusjuures seerumid olid võetud 14. ja 72. haiguspäeval. Väljaheites leiti I tüüpi viirus.

3. Haige V. V., 12-aastane poiss Lihula rajoonist, haigestus 15. augustil. Diagnoos: paralüütilise poliümüeliidi ponto-bulbospinaalne vorm miimiliste lihaste, keelelihaste ning üla- ja alajäsemete lihaste nõrkusega. Kehatemperatuur 38° püsis üks päev. Esinesid peavalud. Teisel haiguspäeval tekkis jalgade, kolmandal päeval aga ka käte nõrkus. Paigutati Soontaga haiglasse 5. haiguspäeval. 6. päeval märkas kõnelemise raskust ja keele kangust. 8. päeval tekkis mõlemal pool miimiliste lihaste halvatus, närimislihaste nõrkus ja neelamise raskus; keele liikuvus nõrgenes. Jäsemed olid nõrgad ja valutasid. 7. haiguspäeval oli lumbaalpunktsiooni puhul pleotsütoos 3 ja valk kõrgeenenud. 7. haiguspäeval toodi haige Tallinna Nakkushaiglasse, kus viibis kuni 26. septembrini. Ravi tulemusena paranes miimiline ja närimis-neelamismuskulatuur täielikult. Haige hakkas iseseisvalt kõndima. Püsima jäi labajalgade dorsaalrefleksiooni nõrkus. Refleksid taastusid.

Haiget oli vaktsineeritud kolm korda: 31. märtsil (I tüüp), 8 mail (III tüüp) ja 8. juunil (II tüüp).

Seroloogiline analüüs näitas neutraliseerivate antikehade tiitri tõusu viiruse I tüübi suhtes (verd võeti 7. ja 17. haiguspäeval).

Last oli vaktsineeritud kaks korda trivaktsiiniga (10. IV ja 28. V. 59.).

Võrreldes vaktsineeritud poliomüeliidahaigete rühma mittevaktsineeritud poliomüeliidahaigetega (tabel 3) kliiniliste haigusvormide järgi näeme, et mittevaktsineeritud poliomüeliidahaigete hulgas olid esikohal halvatus spinaalsed alumised vormid (ühe või mõlema alajäseme halvatus või nõrkusega); teisel kohal 7 juhuga olid spinaalsed dissemineerunud vormid (üla- ja alajäsemete halvatus või nõrkusega), ning kolmandal kohal 6 juhuga Landry' paralüüsid hingamishäiretega. Viimastest paranes 5 haiget kunstliku hingamise aparatuuri õigeaegse rakendamise tulemusena ja üks haige suri. Eluohtlikest vormidest esinesid kolmel haigel ponto-bulbospinaalset tüüpi halvatused hingamishäiretega, nendest päästeti eelmainitud meetodi abil kaks haiget ja üks haige suri. Ilma hingamishäireteta esines ponto-bulbospinaalseid vorme kahel juhul. Näonärvi isoleeritud pareese esines kahel vaktsineerimata haigel. 1959. aasta jaanuarist kuni maikuuni registreeriti mittevaktsineeritute hulgas seega 32 poliomüeliidi paralüütilist vormi, peale selle veel üks spinaalne dissemineerunud vorm mais ja teine juunis. Andmed näitasid, et viimatimainitud haigetel puudus praktiliselt võimalus immuniseeruda vaktsineeritute kontakti teel. 13 haigel sellest rühmast diagnoositi aparalüütilist poliomüeliiti. Need olid kõik paralüütiliste poliomüeliidahaigete otsesed kontaktid.

Tabel 3

Poliomüeliiti haigestumine 1959. a. ENSV-s kliiniliste vormide järgi

Poliomüeliidi vorm		Vaktsineeritutest elusvaktsiiniga				Vaktsineerimatutest			
		Terv.	Paran.	Sum.	Kokku	Terv.	Paran.	Sum.	Kokku
Pontobulbospinaalne	vorm	0	0	0	0	0	2	1	3
hingamishäiretega									
Pontobulbospinaalne	vorm	0	1	0	1	0	2	0	2
hingamishäireteta									
Spinaalne ülemine		0	0	0	0	0	3	0	3
Spinaalne alumine		2	3	0	5	2	11	0	13
Spinaalne dissemineeritud		1	1	0	2	2	5	0	7
Landry paralüüs		0	0	0	0	0	5	1	6
Isoleeritud näonärvi halvatus		1	0	0	1	0	2	0	2
Aparalüütiline		0	0	0	0	13	0	0	13
Kokku		4	5	0	9	17	30	2	49

Elusvaktsiiniga vaktsineeritutest poliomüeliiti haigestunudel (tabel 3) diagnoositi ainult paralüütilisi haigusvorme. Nendest ei esinenud ühelgi hingamishäireid. Puudusid surmajuhud. Kõik haigusjuhud selles rühmas olid märgatavalt kergemad kui eelmised ja paranesid hästi. Kliinilistest vormidest olid 5 juhuga esikohal spinaalsed alumised vormid. Esines üks bulbospinaalne vorm ja üks näonärvi isoleeritud pareesi juhtum. Seejuures tuleb märkida, et 9 vaktsineeritud haigest olid ainult 5 vaktsineeritud kolm korda.

Võrreldes kahe rühma üksikuid kliinilisi vorme omavahel võisime mitmel juhul näha vaktsineeritud haigete hulgas hiilivat halvatus kujunemist isegi ilma kehatemperatuuri tõusuta. Dissemineeritud spinaalsete ja bulbospinaalsete vormide diagnoosimisel esines halvatus esimestel

nädalatel diagnostilisi raskusi nende diferentseerimisel Guillain-Barre'i tüüpi polüradikuloneuriitidest.

Elusvaktsiiniga vaksineeritud poliomüeliidahaigete virusoloogiliste ja seroloogiliste uurimiste kohta pole võimalik täpsemat analüüsi anda. Väljaheidetest isoleeritud viirus võis olla vaktsiinviirus või tänavaviirus ja antikehade tiitri tõus võis esineda reaktsioonina ühele neist või reaktsioonina mõlemale viirusegrupile. Käesoleval ajal toimub eraldatud viiruste diferentseerimine temperatuurifaktori abil.

Vaatamata kasutadaolnud vähestele materjalile võib siiski öelda, et paralüütilise poliomüeliidi kliiniline pilt on seoses meie elanikkonna massilise elusvaktsiiniga vaksineerimisega märgatavalt muutunud, mida tuleb arstidel silmas pidada oma praktilises töös.

Poliomüeliidi diagnostikas moodustab eriti tähtsa osa aparalüütilise poliomüeliidi probleem. Kui varematel aastatel aparalüütilist poliomüeliiti võis suure tõenäosusega diagnoosida epideemilise anamneesi, kliinilise leiu ja liikvori andmete põhjal, siis pärast massilist vaksineerimist elusvaktsiiniga, kui poliomüeliit võib esineda sporaadiliste juhtudena ja muutunud kliinilise pildiga, on eriti suuri raskusi aparalüütilise poliomüeliidi diagnoosimisel, kaasa arvatud selle meningiaalsed vormid. Aparalüütilise poliomüeliidi diagnoosimine on muutunud komplitseerituks eriti seepärast, et ECHO- ja Cocksackie-viirused võivad samuti nagu poliomüeliidiviirusedki põhjustada aparalüütilise poliomüeliidi vormidele sarnanevaid haiguspilte, kaasa arvatud aseptiline meningiit.

Meid huvitas küsimus, kuivõrd massiline vaksineerimine elusvaktsiiniga 1959. a. mõjastas aparalüütilise poliomüeliidi esinemist. Seda küsimust püüdsime selgitada, uurides aseptilise meningiidi esinemist vabariigis. Lähtusime eeldusest, et juhul kui aseptilise meningiidi peamiseks etioloogiliseks faktoriks oli poliomüeliidiviirus, on tal sama sesoonsus, mis paralüütilisel poliomüeliidilgi.

Võrreldes aseptilise meningiidi sesoonsust Tartu ja Tallinna spetsialiseeritud raviasutuste andmeil 1954.—1957. a. poliomüeliidi sesoonsusega vabariigis 1946.—1958. a. andmetega (neist on viimased saadud kuude keskmise haigestumuse alusel), näeme et haigestumine nii aseptilisse meningiiti kui ka poliomüeliiti oli kõrge augustist oktoobrini, mis lubab järeldada, et nendel aastatel aseptilise meningiidi peamiseks etioloogiliseks faktoriks oli poliomüeliidiviirus (tabel nr.4). 1959. a. aseptilise meningiidi haigestumises ei esinenud aga enam tüüpilist tõusu sügiskuudel, kui välja arvata augustikuu. Augustikuu registreeriti 10 aseptilise meningiidi juhtu, neist 7 Tartu linnas. Tartus haigestunutest oli kuus isikut vaksineeritud elusvaktsiiniga 3 korda. Üks neist põdes poliomüeliiti aastaid tagasi ja oli seepärast vaksineerimata. Et ühelgi haigel sellest puhangust virusoloogilisel ja seroloogilisel analüüsimisel polioviirust ega antikehade tiitri tõusu ei esinenud, võime pidada nende aseptiliste meningiitide etioloogiliseks faktoriks seedetrakti viiruste teisi liike (ECHO, Cocksackie). Ühel haigel isoleeriti väljaheidetest viirus, mis ei osutunud poliomüeliidiviiruseks.

1959. a. oktoobrist kuni detsembrini Tartu ja Tallinna spetsialiseeritud raviasutustes aseptilist meningiiti ei diagnoositud, samuti ei registreeritud nendel kuudel vabariigis poliomüeliiti.

Nende andmete alusel võime teha järelduse, et elusvaktsiiniga vaksineerimine ei likvideerinud meil 1959. a. sügiskuudel mitte ainult paralüütilise poliomüeliidi, vaid ka aseptilise meningiidi, poliomüeliidi aparalüütilise vormi.

Aparalüütilise poliomüeliidi diagnoosimiseks uues olukorras, mille on loonud elusvaktsiini massiline rakendamine, on vajalikud virusoloogilised ja seroloogilised uuringud, et seda diferentseerida Cocksackie- ja ECHO-infektsioonidest.

Poliomüeliidi tõrje huvides on vaja põhjalikult analüüsida kõiki vähegi kahtlasi haigusjuhte, tehes üksikasjaliku kliinilis-neuroloogilise ja epidemioloogilis-virusoloogilise analüüsi. Kõik poliomüeliidi suhtes kahtlased juhud vajavad viivitamatut hospitaliseerimist Tallinna ümbrusest Tallinna Nakkushaiglasse ja mujalt Tartu Vabariiklikku Kliinilisse Haiglasse. Arstidel on vaja konsulteerida kohalikke neurolooge igal poliomüeliidi- või poliomüeliidikahtluse juhul. Õigeaegseks virusoloogiliseks ja seroloogiliseks analüüsimiseks tuleb haigetelt võetud veri ja väijaheited viivitamatult saata Tallinna Epidemioogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti.

KIRJANDUS

1. М. П. Чумаков, М. К. Ворошилова, К. А. Васильева и др., Вопросы вирусологии, 1959, 5, 520—532. — 2. В. О. Тапупере, Сборник докладов первой научной конференции Таллинского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены, Таллин 1957. — 3. Е. Ф. Давиденкова и Савельева-Васильева, Ж. невропатол. и психиатрии, 1959, 7, 790—795. — 4. М. П. Чумаков, А. В. Ггарина, В. А. Латкевич, Вопр. вирусологии. 1959, 5, 533—536. — 5. Vikel, O., H. Spiess, Schutzimpfungen, Stuttgart, 1958. — 6. Stokes, Ann. paediatr., 3, 1957. — 7. S. K. R. Clarke, A. P. Goffe, C. H. Stuart-Harris, Brit. J. Med. 1958, Nov. 15, 1188—1193. — 8. Dane, D. S., Dick, G. W. A., Diggs, Moya & Nelson, R., Brit. J. Med., 1958, Nov. 15, 1187—1188. — 9. Verlinde, J. D., Wilterdink, J. B., Hofman, D., Nederl. tijdschr. geneeskunde 1958, V. P. 2, No. 24, 1138—43. Ibid. No. 24, 1144—9. — 10. Sabin, Albert B., Brit. J. Med. 1959, March 14, 663—680. — 11. Expert Committee in Poliomyelitis, Second. report Ref. Biol. Abstracts, 1958, July 30, No. 42374. — 12. Courtois, G., Flack, A., Jervis, G. A., Koproviski, H., Brit. J. Med. 1958, July 26, 187—190. — 13. Kleinschmidt, H., Münch. Med. Wschr. 1959, Heft 28, 1177—1182. — 14. Salk, J. E. J. Amer. Med. Assoc., 1958, May 3, v. 167, No. 1, 1—7. — 15. Raudam E. ja Tamm, O., Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 3, 10—17.

Полиомиелит в Эстонской ССР в 1959 г.

до и после вакцинации населения аттенуированной живой вакциной

Э. Раудам, Т. Куслап, В. Тапупере и К. Мянник

Резюме

В 1959 году мы анализировали заболеваемость полиомиелитом до и после массовой вакцинации населения живой полиовакциной. В период январь-март наблюдались случаи заболеваемости чаще в группе от 11 до 20-летнего возраста, причем среди них были отдельные тяжелые формы. Благодаря массовой вакцинации удалось в основном ликвидировать эпидемические вспышки полиомиелита, и с мая по сентябрь 1959 года по республике можно было наблюдать только единичные случаи, а за октябрь месяц не было ни одного заболевания. Из вакцинированных живой вакциной заболело девять, в том числе четверо, вакцинированные частично. В этой группе болезнь протекала в легкой форме, не было ни одного жизнеопасного состояния, паралич возникал медленно и в некоторых случаях было трудно его отличить от полторадикулярного нерва.

Мы сравнивали сезонность асептического менингита с сезонностью паралитического полиомиелита на основании данных прошлых лет и установили их совпадение. Это позволило прийти к выводу, что основным этиологическим фактором асептического менингита в сравниваемых годах явился вирус полиомиелита. Однако в летне-осенний период 1959 года не наблюдалось увеличения заболеваемости асептическим менингитом, а в октябре-декабре вообще не было ни одного случая. В августе в городе Тарту было отмечено 7 случаев очага асептического менингита; все больные были трижды вакцинированы живой вакциной. Вирусологический и серологический анализы на полиовирусы и антитела дали отрицательные результаты. Эти случаи заболеваний требуют, однако, выяснения в отношении вирусов ЕСНО и Коксеки. Мы пришли к выводу, что вакцинация живой вакциной в 1959 году уменьшила заболеваемость не только паралитическими, но и апаралитическими формами полиомиелита.

Обращается внимание на то, что новое иммунобиологическое состояние населения, возникшее от применения живой вакцины, изменило клиническую и эпидемиологическую картину полиомиелита. Более затруднительной стала диагностика этого заболевания, что вызывает необходимость совместной работы клиницистов, эпидемиологов и вирусологов.

Poliomüeliiti haigestumise iseärasustest ja profülaktika mõnedest saavutustest Eesti NSV-s

K. Vassiljeva,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog

Poliomüeliit on haigus, mida mõnedel juhtudel iseloomustavad üsna rasked paralüütilised vormid, mis lõpevad raskete jääknähtude või isegi surmaga. Teistel juhtudel levib see haigus aga kergete aparalüütiliste vormidena, esineb ka viirusekandjaid.

Kergeid poliomüeliidivorme põdejate ja viirusekandjate avastamise keerukus, soolenakkustele omane levikumehhanism ja ülekandumine piisknakkuse teel loovad selle haiguse alatise levimise ohu. Juba XIX sajandi lõpul oli poliomüeliit geograafiliselt laialdaselt levinud. XX sajandi algul muutus poliomüeliidi epideemiline laad seaduspäraseks nähuks. Järgnevatel aastatel sagenes paljudes maades poliomüeliiti haigestumine. Hiljem hakkasid haiguse epideemilise levimise perioodid vahelduma pikemate või lühemate vaibumisperioodidega.

Viimasel ajal levis poliomüeliit eriti laialdaselt Ameerika Ühendriikides, kus haigestumuse näitaja 100 000 elaniku kohta 1952. a. oli 36,2. Samuti on poliomüeliit levinud Kanadas, Austraalias, Uus-Meremaal, Havai saartel, Kamerunis, Belgia Kongos, Jaapanis, Iisraelis jm.

Euroopas täheldati haigestumise tunduvalt levikut Inglismaal, Saksamaal, Itaalias, Ungaris, Tšehhoslovakkias ja eriti Skandinaaviamaades, nagu Taanis, Islandis, Norras, Rootsis ja piiramatult Soomes. Norras ja Rootsis esinesid puhangud juba XIX sajandi lõpul, kusjuures nende arv ja ulatus järgnevatel aastatel suurenes. Haigestumuse näitajad olid Norras 1950.—1953. a. 100000 elaniku kohta 20, Rootsis 1953. a. — 70,9.¹

Baltimaadesse toodi poliomüeliit arvatavasti Skandinaaviast.

Eesti territooriumil hakati poliomüeliidi sporaadilisi juhte registreeerima juba XIX sajandi lõpul.

NSV Liidus tekkis poliomüeliit hiljem kui teistes Euroopa maades. Selle tõve epideemilisi puhanguid täheldati meil esmakordselt 1955.—1956. aastal.²

Eesti NSV-s oli poliomüeliidi leviku iseärasuseks, et esialgu registreeriti poliomüeliidijuhte suurtes linnades, nagu Tartus ja Tallinnas, järgnevatel aastatel täheldati haiguse levimist lõunapoolisettesse (Võru, Valga, Viljandi) rajoonidesse, viimastel aastatel registreeriti poliomüeliiti aga juba kõikides vabariigi rajoonides.

Haigestumise lainelist kulgu iseloomustasid meie vabariigis esialgu languse- ja tõusuperioodid kestusega 5 kuni 12 aastat, mis viimastel aastatel on lühenenud 4—5 aastaks. Üha reljeefsemaks muutuvad sesoonse tõusu iseärasused suvel ja sügisel, alates juulikuu teisest poolest kuni oktoobrikuuni (joon. 1).

Teiseks iseärasuseks poliomüeliidi levikus olid järk-järgulised nihked haigestunute vanuses kohe pärast epideemia tekkimist. Enne epideemilist perioodi haigestusid poliomüeliiti peamiselt lapsed. Juba käesoleva sajandi kahekümnendate aastate paigu oli Eesti NSV-s 7- kuni 15-aastaste laste kui ka vanemate inimeste poliomüeliiti haigestumine sagedane.

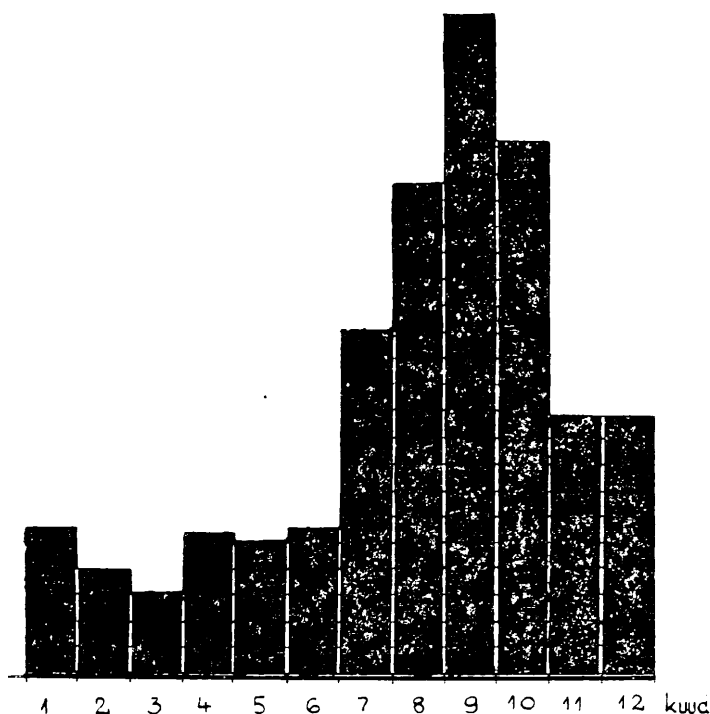
1958. a. tõusis vanemate inimeste haigestumus tunduvalt, moodustades 46,1%, näidates ilmset tendentsi edasiseks tõusuks (joon. 2). Sel perioodil ei saanud poliomüeliiti enam nimetada «lastehalvatuseks», vaid haigus, tabades täiskasvanuid, kulges nendel isegi raskemini.

¹ М. Фрейт и Дж. Нильсен. Заболеваемость полиомелитом с 1920 г. Полномелит. Медгиз, М. 1957 г.

² М. И. Соколов, Н. Н. Рыбкина и др. Тезисы докладов I-ой научной сессии Института по изучению полиомелита, 1957 г.

Poliomüeliidijuhte esines Eesti NSV-s igal aastal. Registreeritud juhtude arv oli võrdlemisi kõrge ulatudes 3—9 haigestumiseni 100 000 elaniku kohta. Epideemiade esinemise aastatel registreeriti 14—24 juhtu 100 000 elaniku kohta. Vabariigi üksikutes linnades ja rajoonides oli haigestumus tunduvalt kõrgem.

Alates 1958. a. juulikuust teisest poolest hakkas poliomüeliidijuhtude arv tunduvalt suurenema, epideemia hakkas kiiresti levima (Elva, Otepää, Tartu ja Põltsamaa) rajoonidesse. Tartus tekkis laialdane kolle. Üksikuid haigusjuhte registreeriti kõigis vabariigi linnades ja rajoonides peale Kingissepa, Hiiumaa ja Lihula, s. o. vabariigi lääneosa. Aasta lõpul tekkis aga haigestumise laienemise tendents põhikolde naaberrajoonidesse. Leviku ja haigusjuhtude arvu poolest oli see epideemia raskeim kõikidest



Joon. 1. Haigestumus poliomüeliiti Eesti NSV-s kuude kaupa

senistest. Puhangu raskust rõhutab tunduv hulk raskaid paralüütilisi vorme (28,0%), kusjuures letaalsus ulatus 2,8 protsendini. Peab aga mainima, et letaalsus oli eelmistel aastatel tunduvalt kõrgem (8,0—9,8%). Surmajuhtude arvu languse põhjuseks 1958. a. epideemia puhul olid kohe haigestumise algul rakendatud abinõud.

Üldised epideemiatõrje ja profülaktilised üritused haiguskolletes nii sporaadiliste juhtude kui ka lokaliseerunud puhangute puhul ei mõjutanud epideemilise protsessi kulgu kuigi tunduvalt.

Pöördeliseks oli poliomüeliiditõrjes 1957. aasta, sest siis hakati rakendada spetsiifilisi profülaktikavahendeid.

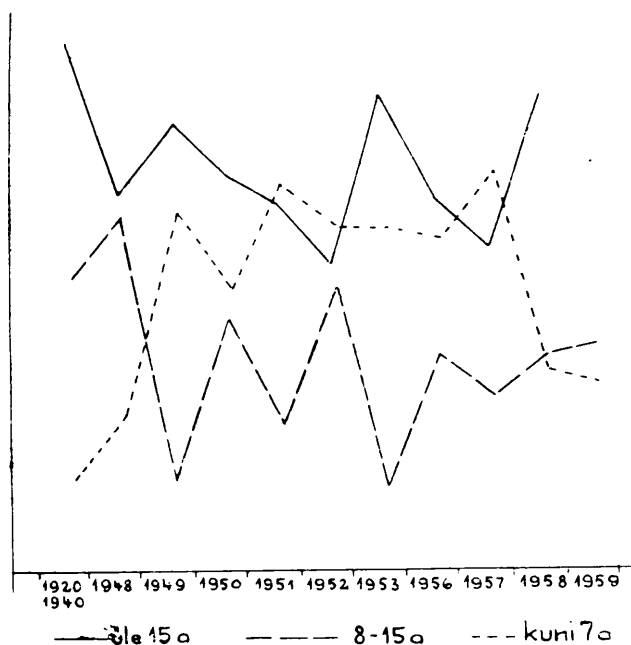
1957. a. alustati Tallinnas kuni 7 aasta vanuste laste vaktsineerimist Salk'i surmatud vaktsiiniga.

1958. a. teisel poolel laienes laste vaktsineerimine selle vaktsiiniga. Tallinnas vaktsineeriti kõik lapsed ja õpilased kuni 18 aasta vanuseni. Juulikuus alustati vaktsineerimist ka Tartus, kuid see langes ühte haigestumuse tõusuperioodiga. Mõnede kohalike arstide mõjul, kes arvasid, et

vaktsineerimine puhangu tõusuperioodil ei ole näidustatud, katkestati see augustikuu algul. See ekslik kontseptsioon kummutati ja Tartus alustati vaktsineerimisi uuesti septembrikuus. Mainitud asjaolu pikendas mõnevõrra puhangut ja vaktsineerimise efektiivsus ilmnis alles novembrikuus. Juba detsembris registreeriti Tartus ainult üksikuid haigusjuhte.

Samal perioodil toimus vaktsineerimine ka vabariigi teistes rajoonides, kus haigestumus oli tõusnud või esines üksikjuhtudena. Kokku vaktsineeriti vabariigis Salk'i surmatud vaktsiiniga aasta lõpuks umbes 100 000 kuni 18 aasta vanust noort.

Poliomüeliidivastase elusvaktsiini manustamine suu kaudu kerkis Eesti NSV-s esile seoses keeruka epidemioloogilise olukorra ja ebasoodsa prognoosiga lähema tuleviku suhtes.



Joon. 2. Ealised andmed poliomüeliiti haigestumisel Eesti NSV-s (1946.—1957. a. keskmine)

Vaktsineerimist alustati 10. jaanuaril 1959. a. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme professor M. Tšumakovi juhendamisel. Arvestades epidemioloogilist olukorda oli esimese vaktsineerimise plaan suu kaudu antava elusvaktsiiniga «barjäärne». Juba 1959. a. jaanuarikuus täheldati poliomüeliidi leviku mõningat laienemist Antsla, Abja ja Viljandi rajoonis. Selle tõttu otsustati elanikkonda elusvaktsiiniga vaktsineerida rõngana kolde ümber ja kolde keskuses Tartus. Vaktsineerimine toimus 14 rajoonis (vana administratiivse jaotuse järgi) ja Tartu linnas, vaktsineeriti ka kõik lastekodude kasvandikud kogu vabariigis.

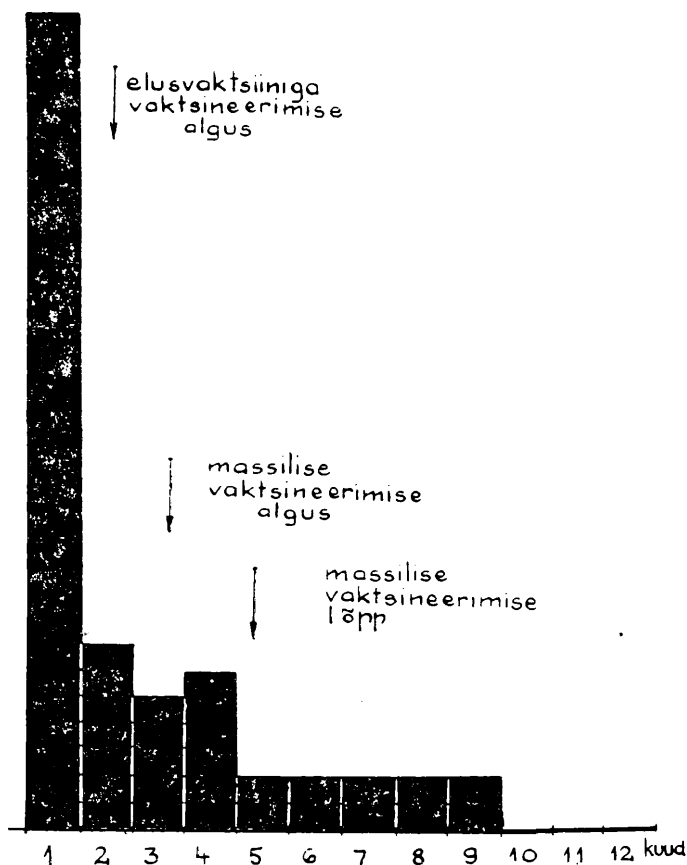
Rajoonikeskustes ja suuremates asulates vaktsineeriti jaanuarikuust kuni märtsikuuni 26 000 last (alates kolmest kuust) ja õpilast kuni 18 a. vanuseni.

Poliomüeliidi leviku esialgse kupeerimise tõhusus ilmnis rajoonides, kus vaktsineerimine toimus juba märtsikuus. Uusi poliomüeliidijuhtumeid neis rajoonides ja Tartu linnas pärast vaktsineerimise algust enam ei esinenud. Samal ajal tekkisid mõned haigusjuhud vabariigi põhjarajoonides, kusjuures enamik haigestunuist olid vanemad inimesed.

Eeltoodut arvesse võttes püstitati kogu vabariigi elanikkonna vaktsineerimise küsimus kuni 45 a. vanuseni.

Pärast lühikest organiseerimisperioodi alustati 15. märtsil vabariigi elanikkonna massilist vaktsineerimist poliomüeliidi vastu alates 3 kuu vanusest kuni 45 aasta vanuseni. Soovikorral vaktsineeriti ka vanemaid inimesi. Vaktsineeriti kõik vastavaealised elanikud linnades, asulates kui ka maal üksikutes taludes, saartel jne.

Vaktsineerimist juhtis pidevalt vabariiklik komisjon. Linnades ja rajoonides olid määratud vastavad arstid, kes juhtisid vaktsineerimist kohtadel.



Joon. 3. Haigestumus poliomüeliiti 1959. a. kuude kaupa ja elusvaktsiiniga vaktsineerimise etapid

Vaktsineerimiseks organiseeriti vastavad punktid polikliinikute, ambulatooriumide, lastenõuandlate, tervishoiupunktide, maaajaoskondade haiglate, koolide, lastesõime ja -aedade juures. Ühtlasi töötasid vaktsineerimispunktid külanõukogude, kolhooside ja sovhooside juures. Organiseeriti ka liikuvad brigaadid, kes vaktsineerisid koduseid inimesi. Vaktsineerijateks olid jaoskonnaarstid (terapeudid, pediatrid), lasteasutuste ja tervishoiupunktide arstid, samuti ravi- ja profülaktikaasutuste keskharidusega meditsiinipersonal. Suure töö tegid sanitaar-epidemioloogia jaamad vaktsiiniga varustamise, arvestuse ja vaktsineerimise kontrollimise alal.

Massiline vaktsineerimine kinnitas vaktsiini täielikku kahjutust ja areaktiivsust. Mõnedel üksikudel juhtudel esinenud haigusliikud seisundid, nagu temperatuuri kõrgenemine, soolestikuhäired ja teised, olid tingitud teise etioloogiaga haiguste ühtelangemisest.

Viidi läbi ka kontaktsete vaktsineerimine poliomüeliidikolletes enne karantiinitähtaja möödumist. Vaktsineerimine andis tõhusaid tulemusi, ja ka kõige hoolsamal kontrollimisel ei avastatud vaktsineeritute hulgas ühtegi poliomüeliidijuhtu. Vaktsineerimise tähtaegade lühendamiseks soovitati neil juhtudel kasutada kolmevalentse monovaktsiini segu (I, II ja III tüüp).

Põhiliselt lõpetati massiline poliomüeliidivastane vaktsineerimine juunikuus; üldse vaktsineeriti peaaegu 60 % kogu vabariigi elanikkonnast.

Hinnates vaktsineerimist üksikute vanuserühmade kaupa, peab mainima, et siin ei olnud täielikku ühtsust. Ka kogu elanikkonna hõlmavuse protsent ei olnud üksikutes linnades ja rajoonides ühesugune, näiteks vaktsineeriti Tartus 90 % elanikkonnast kuni 45 a. vanuseni, Viljandi rajoonis aga alla 50 %. Taolist kollektiivse immuniteedi seisundit tuleb kahtlemata arvestada ja see nõuab täiendavaid abinõusid.

Pärast massilist vaktsineerimist langes vabariigis haigestumus poliomüeliiti järsult, kusjuures vähenemine algas juba aprillikuus, s. o. perioodil, mil lõpetati vaktsineerimine poliomüeliidiviiruse I tüübiga. Sellega on alust kinnitada, et sel perioodil tsirkuleeris meil peamiselt poliomüeliidiviiruse I tüüp, mida kinnitasid ka virusoloogilised uurimised. Samuti tehti kindlaks poliomüeliidiviiruse II ja III tüübi tsirkuleerimine.

Alates maikuust kuni oktoobrikuuni registreeriti vabariigis ainult üksikuid poliomüeliidijuhtumeid (kaks juhtu iga kuu kohta). Alates oktoobrikuust kuni aasta lõpuni (ja jaanuaris 1960. a.) ei olnud vabariigis aga ühtegi poliomüeliidijuhtu.

Elusvaktsiiniga vaktsineerimise epidemioloogilise efektiivsuse näitajaks esimesel etapil on asjaolu, et haigusjuhtude arvu sessiooni tõusuperioodil seda ei täheldatud, sellele perioodile langes ainult 10,0 % aasta jooksul haigestunute arvust. Kõikidel eelnevatel aastatel ulatus poliomüeliidijuhtude arv sel perioodil üle 50 % aasta jooksul haigestunutest (1958. a. isegi 85,2 %), vt. joonis 3.

Ei saa jätta märkimata asjaolu, et vaktsineerimise perioodil haigestusid poliomüeliiti ka mõned vaktsineeritud. Üldse registreeriti vaktsineeritute hulgas 9 poliomüeliidijuhtu ja üks poliomüeliidikahtlane haigestumine. Haigestunutest olid neli saanud ainult kas I tüübi või I ja III tüübi vaktsiini, kuus haigestunut oli aga vaktsineeritud I, II ja III tüübiga, kusjuures nad haigestusid 1—3 kuud pärast viimast vaktsineerimist. Vaktsineeritute haigestumise indeks (arvestades ühekordset vaktsineerimist) oli 1,3, vaktsineerimatutel aga 9,9 saja tuhande elaniku kohta. Haigestumuse vähenemine vaktsineeritute hulgas (arvestatuna kogu elanikkonnale, kaasa arvatud ka ühekordne vaktsineerimine) moodustas 86,8 %. Haigestumise vähendamise suhe oli 1 : 7,6. Üksikute vanuserühmade efektiivsuse koefitsient oli mõnevõrra kõikum.

Võrreldes paljude eelmiste aastate keskmiste näitajatega vähenes haigestumus 1959. aastal pärast massilist vaktsineerimist (juuni- kuni detsembrikuu) 94,0 %. Vaktsineerimise esialgsed kokkuvõtted kinnitavad suu kaudu antava elusvaktsiini suurt epidemioloogilist efektiivsust ja kasutamisvajadust võitluses poliomüeliidiga.

Vaktsineerimise tagajärgede püsikkuse tagamiseks Eesti NSV-s tuleb edaspidi plaanikindlalt vaktsineerida mitte ainult varaealisi lapsi, keda veel ei ole poliomüeliidi vastu vaktsineeritud, vaid massiliselt revaktsineerida ka kogu vabariigi elanikkond. Vaktsineerimine tuleb läbi viia käesoleval aastal.

Особенности заболеваемости полиомиелитом и некоторые итоги профилактики в Эстонской ССР

К. Васильева

Резюме

К началу XX века наблюдались широкое географическое распространение полиомиелита, эпидемический характер и сдвиг возрастной заболеваемости.

Распространение полиомиелита в Эстонской ССР в первые периоды характеризовалось спорадическими случаями, а в последующие — появлением эпидемических вспышек, количество и объем которых постепенно нарастали. Первоначально заболеваемость полиомиелитом отмечалась преимущественно в городах Тарту и Таллин и в южных районах (Выру, Валга, Вильянди и др.), а в последние годы во всех районах республики.

Особенностью полиомиелита является его определенная периодичность, причем за последнее время были заметны сокращение периодов, постепенность подъема и снижения заболеваемости; наблюдалась выраженная сезонность — подъем обычно со второй половины июля и высокий уровень в течение августа, сентября и октября.

Для Эстонской ССР характерен высокий уровень заболеваемости полиомиелитом среди лиц старших возрастов.

Полиомиелит в республике регистрировался ежегодно, показатель заболеваемости колебался в пределах от 3 до 9, а в эпидемические годы от 14 до 24 случаев на 100000 населения.

В 1958 г. возник очаг полиомиелита, охвативший гор. Тарту, Эльваский, Отепяский, Тартуский и Пыльтсамааский районы, где число случаев заболевания было выше среднереспубликанского показателя.

1957 г. явился поворотным годом в борьбе с полиомиелитом, так как появилась возможность использования специфической профилактики. Вакцинацию убитой вакциной Солка начали проводить в республике в 1957 г. в г. Таллине. В 1958 г. вакцинация была значительно расширена и к концу года по республике было привито около 100 тысяч населения в возрасте от 3 месяцев до 18 лет.

Прививки убитой вакциной Солка проводились и в г. Тарту, а также и в некоторых районах во время эпидемической вспышки; эффективность проведенной вакцинации подтвердилась резким спадом заболеваемости.

Учитывая преимущества живой вакцины и предшествующие положительные наблюдения по ее применению, было принято решение о дальнейшем проведении вакцинации в республике живой аттенуированной вакциной. Прививки начали проводить с начала января 1959 г. под непосредственным руководством действительного члена АМН СССР профессора М. П. Чумакова.

Первый этап прививок проводился в г. Тарту и районах, ближайших к очагу полиомиелита, где наблюдалось повышение заболеваемости, при этом преследовалась цель созданием «барьера» предупредить распространения очага; было вакцинировано население в возрасте до 18 лет.

Второй этап прививок носил массовый характер, с охватом населения в возрасте от 3 месяцев до 45 лет. Всего было вакцинировано живой вакциной почти 60% населения республики.

Проведенные прививки подтвердили полную безвредность и ареактогенность вакцины.

По окончании массовых прививок заболеваемость резко снизилась. С мая до октября по республике регистрировались единичные случаи заболевания полиомиелитом, а с октября до конца 1959 г. и в январе 1960 г. не было ни одного случая.

Среди привитых было зарегистрировано 9 случаев заболевания и 1 подозрительный в отношении полиомиелита, из них шестеро заболевших были вакцинированы I, II, и III типами вакцины.

Полученные предварительные итоги вакцинации подтвердили высокую эпидемиологическую эффективность пероральной живой вакцины.

В Эстонской ССР необходимо дальнейшее закрепление полученных результатов введением плановых прививок для детей младшего возраста, не охваченных прививками против полиомиелита, а также массовой ревакцинации всего населения республики, которую следует провести в 1960 году.

Düsenteeriahaigete organismi reaktiivsusest kantaridiinvilli proovi ja fagotsütoosi reaktsiooni põhjal.

A. Danilovitš

(Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedrist, juhataja Eesti NSV teeneline teadlane arstiteaduse doktor professor F. L e p p)

Düsenteeriaprotsessi arenemisel on düsenteeriabakterite kõrval oluline tähtsus ka makroorganismil. Seepärast oli käesoleva töö eesmärgiks määrata düsenteeriahaigete organismi immuunbioloogilist reaktiivsust kantaridiinvilli proovi abil, õppides tundma eksudaadi rakulist koostist ja rakkude fagotsütaarseid omadusi.

Kantaridiinvilli proovi organismi reaktiivsuse määramiseks kasutas esimesena Neuman 1878. aastal. Hiljem täiustasid ja täpsustasid seda meetodit paljud autorid (F. Kaufmann, J. Becker, S. Flantsik, E. Bekman, J. Lovtski, A. Gorjajeva, V. Kudrjakov, A. Monajenkova jt.).

Kantaridiinvilli eksudaadirakkude fagotsütaarset reaktsiooni uuris B. Mogilnitskaja 1944. a. steriilse trüpaansinise lahuse viimise teel kantaridiinvillisse. Mogilnitskaja meetodit kasutasid paljud uurijad. (A. Gorjajeva, N. Vesselova, S. Mešengisser, V. Šneiderova, S. Tenenbaum, N. Balunina jt.) organismi reaktiivsuse uurimiseks mitmesuguste haiguste puhul. Samal eesmärgil süstis V. Suponitskaja brutselloosahaigetele kantaridiinvillisse kuke suspendeeritud erütrotsüüte. Meil ei õnnestunud kirjanduses leida andmeid kantaridiinvilli eksudaadi rakulise koostise ja rakkude fagotsütaarsete omaduste kohta düsenteeriahaigetel.

Düsenteeriahaigete organismi reaktiivsust uuriti käesoleval juhul Kaufmani meetodi abil, mida autor modifitseeris fagotsütoosi reaktsiooniga.

Kantaridiinvilli meetodit kasutati paralleelselt kliinilise uurimisega 106 ägeda ja 34 kroonilise düsenteeriajuhu puhul Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas. Haigete vanus oli 7 kuni 70 aastat. Andmete võrdlemiseks uuriti sama meetodi abil ka 25 tervet isikut. Esmakordselt uuriti haigeid hospitaliseerimisjärgsel päeval, 123 haiget uuriti vaheaegadega, 17 haiget uuriti 4—5 korda. Üldse viidi läbi 443 uuringut, neist 329 ägeda ja 114 kroonilise düsenteeria puhul. Kõiki haigeid uuriti võrdsetes tingimustes.

Uuritava haige küünarvarre ülemise osa siseküljele asetati 1 mm paksune kantaridiinplaastri ketas, diameetriga 1 sm. Eksudaadirakkude fagotsütoosi uurimiseks süstiti villisse 0,1 ml kontrollitud ja stabiilsete omadustega surmatud *Staphylococcus aureus*'e kultuuri suspensiooni (1 miljard 1 milliliitris).

Düsenteeriatekitajad (Tšernohvostovi piiritusvaktsiin) andsid stabiilsuseta suspensiooni ja värvusid fagotsüütide rakkudes halvasti, mis raskendas nende kasutamist katsetel.

30 minuti pärast tõmmati eksudaat villist steriilse süstlaga välja ja valmistati preparaadid, mis fikseeriti metüülalkoholiga ja värviti Romanovski-Giemsa meetodi järgi. Keskmiselt loendati 200 rakku ja määrati fagotsütaarindeks.

Kantaridiinvilli uurimisel pöörati erilist tähelepanu põletikulise protsessi intensiivsusele, eksudaadi rakulisele koostisele ja eksudaadirakkude fagotsütaarsetele omadustele.

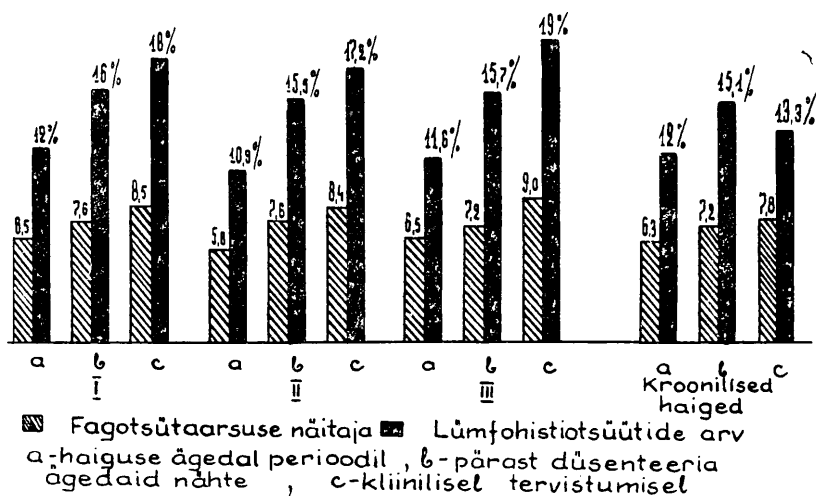
Kirjanduse andmetel (F. Kaufmann, J. Becker, S. Flantsik, E. Bekman, J. Lovtski, A. Iljin, N. Balanina, K. Temirova, A. Gorjajeva jt.) jagatakse kantaridiinvilli eksudaadi rakud kolme põhilisse rühma: neutrofiilsed polünukleaarsed leukotsüüdid, eosinofiilsed leukotsüüdid ja lümfootsüüdid. Viimaste hulka arvati kõik basofiilse protoplasmaga ja ümmarguste või hulknurgaliste tuumadega rakud (lümfo- ja monohistiotsüüdid),

mis kuuluvad fagotsütaarsete omaduste poolest retiikuloendoteliaalsete rakkude hulka.

Kirjanduse ja kontrollrühma andmete põhjal loeti kantaridiinvilli eksudaadi normaalseks rakuliseks koostiseks 15% lümfohistiotsüüte ja 3% eosinofiilseid rakke. Kantaridiinvilli eksudaadi rakkude fagotsütaarindeks oli kontrollrühma kuuluvatel isikutel 3,0—5,5. Kirjanduse andmed selle kohta puuduvad.

Üldse tekkis hea või keskmise täitumisega kantaridiinvill kõikidel uuritud düsenteeriahaigetel. Ainult kümnel vanemal haigel oli kantaridiinvillis eksudaati vähem.

Intoksikatsiooninähtude ja kliiniliste sümptoomide poolest liigitati kõik ägeda düsenteeria juhud N. Ragoza printsiibi järgi kolme rühma.



Joonis 1

Esimesse rühma kuulus 28 haiget, kes põdesid ägeda düsenteeria kõige kergemat vormi. Haiguse algul tõusis temperatuur 38° — $38,5^{\circ}$, 2. või 3. päeval aga muutus kehasoojus normaalseks, samal ajal kadusid ka intoksikatsiooninähud, valud kõhus ja verine roe. Selle rühma haiged alistusid hästi ravile, välja arvatud mõned ägenemishujud. (Andmed kantaridiinvilli rakkude sisalduse ja fagotsütoosi kohta on toodud joon. 1).

Teise rühma kuulus 66 haiget, kes põdesid ägedat düsenteeriat. Haigete kehatemperatuur oli haiguse algul 39° — 40° . Intoksikatsiooninähud, valulikud tenesmid ja kõhulahtisus avaldusid neil tugevamini kui esimese rühma haigetel.

Palpeerimisel oli sigma mitu päeva valulik. Ägenemisi täheldati sagedamini kui teistesse rühmadesse kuuluvatel haigetel. Haiged tervenesid kiiremini kui kroonilist düsenteeriat põdejad (joon. 1).

Kolmandasse rühma kuulus 12 haiget, kes põdesid ägeda düsenteeria kõige raskemat vormi. Nende kehatemperatuur oli haiguse algul 40° — 41° , kõhuvalud ja tenesmid olid tugevad, defekatsioon toimus kuni 20 korda ööpäeva jooksul. Palpeerimisel täheldati puhitusi ja sigma valulikkust. Haiged tervistusid kiiremini kui teise rühma haiged.

Krooniline düsenteeria kulges enamikul uuritutest ja ägenes korduvalt. Üldised intoksikatsiooninähud kestsid lühikest aega ja avaldusid nõrgemini. Kõhulahtisus oli püsivam ja selle ägenemist täheldati sagedamini kui ägeda düsenteeria puhul. Osa neist haigetest pöördus haiglasse tagasi düsenteeria kordumise tõttu (vt. joon. 1).

Haiguse kulminatsiooniperioodil domineerisid kantaridiinvilli eksudaadis leukotsüüdid, lümfohistiotsüütide arv aga oli kõige väiksem. Vii-

maste arv suurenes aga haiguse ägedate sümptoomide kadumisega, ületades 8. päevast alates leukotsüütide keskmise arvu tervetes kantaridiinvillides. Teise haigusnädala jooksul tõusis lümfohistiotsütaarsete elementide hulk, ulatudes maksimumini 3. haigusnädalal. Pärast kliinilist tervistumist oli lümfohistiotsüütide arvu tõus kõige intensiivsem kolmanda rühma haigetel ja kõige väiksem teise rühma haigetel.

Paralleelselt lümfohistiotsüütide arvuga tõusis kantaridiinvilli eksudaadis kõikidel uuritud haigetel ka fagotsütaarne indeks, mille keskmine oli normist kõrgem alates 4. haiguspäevast. 23. haiguspäeval täheldati fagotsütaarse indeksi maksimumi. See langes ajaliselt ühte kõige suurema lümfohistiotsüütide arvu leidumisega. Kolmanda rühma haigetel oli fagotsütaarne indeks kõrgem kui teise rühma haigetel.

Eespooltoodud andmetest selgub, et kantaridiinvilli eksudaadi rakulise koostise muutused ja rakkude fagotsütaarse aktiivsuse tõus sõltuvad lümfohistiotsüütide arvu suurenemisest eksudaadis. Haiguse algul võtavad fagotsütoosist osa ka polünukleaarsed leukotsüüdid, kuna tervenevise puhul ja rekonvalesentsuse perioodil on ülekaalus aktiivsed histiotsüüdid.

Käesolevas töös toodud erinevaid andmeid fagotsütaarse indeksi ja lümfohistiotsüütide arvu kohta kantaridiinvilli eksudaadis võib seletada haiguse kliinilise kulu iseärasustega haigete eri rühmades.

Teise rühma haigetel oli kantaridiinvilli eksudaadis lümfohistiotsüütide arv kõige väiksem. 78,7 protsendil nendest haigetest esines raviperioodil subfebrilne temperatuur. Düsenteeria protsessi ägenemist ja kõrgema närvitalitluse häireid täheldati 25,7 protsendil haigetest ning «ebapüsivat istet» 21 protsendil juhtudest.

Eriti piltlik oli seos kantaridiinvilli lümfohistiotsüütide arvu, rakkude fagotsütaarse aktiivsuse ja kroonilise düsenteeria kliinilise sümptomatoloogia vahel. Haiguse kliinilise ägenemise nähtude kadumise puhul esines haigete kantaridiinvilli eksudaadis kõige suuremal arvul lümfohistiotsüüte, kuid see tõusis ainult väga vähe üle normaalse taseme. Lümfohistiotsüütide arv vähenes neil uuesti enne statsionaarist väljakirjutamist. Haiguse kestel tõusis kantaridiinvilli rakkude fagotsütaarne aktiivsus, kuid indeksid olid tunduvalt madalamad kui ägedat düsenteeriat põdejatel.

Huvitav on märkida, et 10. haiguspäeval tõusis eosinofiilide keskmine hulk kantaridiinvilli eksudaadis ja vähenes neutrofiilsete leukotsüütide ning lümfohistiotsüütide arv. Rööbiti kantaridiinvilli eksudaadi rakulise koostise muutustega vähenes mõõdukalt ka fagotsütaarne indeks. Väärib tähelepanu, et 10. haiguspäevale langes 60 protsenti kliinilise ravi perioodil tekkinud ägenemistest.

Eespooltoodu põhjal võib järeldada, et rakkude koostis ja nende fagotsütaarsed omadused ei sõltu niivõrd intoksikatsiooninähtude intensiivsusest haiguse algperioodil kui organismi reaktiivsusest seisundist ja haiguse kliinilisest kulust. Organismi reaktiivsuse langus väljendus eriti lümfohistiotsüütide arvu vähenemises ja eksudaadirakkude väheses fagotsütaarses aktiivsuses nii ägeda kui ka pikaldase kuluga ja ägenemisele kalduva kroonilise düsenteeria puhul.

Lümfohistiotsüütide arvu suurenemine ja kantaridiinvilli eksudaadi fagotsütaarne aktiivsus kliinilise tervistumise puhul on organismi immuun-bioloogilise reaktiivsuse kõrgenemise väljendus.

K o k k u v ö t e

1. Kantaridiinvilli eksudaadi rakuline koostis ja nende fagotsütaarne aktiivsus näitavad düsenteeriahaigete organismi reaktiivsuse nihkeid.
2. Kantaridiinvilli lümfohistiotsüütide arvu ja rakkude fagotsü-

taarse aktiivsuse muutustes võib täheldada perioodilisust vastavalt düsenteeria kliinilise kulu dünaamikale. Seoses düсenteeria ägenemisega vähenes kantaridiinvilli eksudaadis lümfohistiotsüütide ja neutrofiilsete leukotsüütide hulk ning suurenes eosinofiilsete rakkude hulk, kusjuures fagotsütaarindeks mõõdukalt langes.

KIRJANDUS

1. Баланина Н. В. Сб. Гипоксия, Киев, 143, 1949. — 2. Веселова Н. А., Мешенгиссер С. М. Сп依коз, Труды АМН СССР, 99, 1951. — 3. Горяева А. Н. Канд. дисс., 1944, Москва. — 4. Ильин А. В. Клинич. мед., 4, 586, 1936. — 5. Кудряков В. Г. Здравоохр. Казахстана, 4, 36, 1942. — 6. Ловцкий Е. А. Клинич. медицина, 2, 147, 1941. — 7. Могильницкий Б. Н. Цитир. по Бланиной. — 8. Монаенкова А. И. Канд. дисс., Ялта, 1952. — 9. Супоничкая В. М. Проблема реактивности и шока, М., 1952. — 10. Рагоза Н. И. Вопр. кишечных инфекций, М., 1949. — 11. Темирова К. В. Вопр. реактивности организма при внутренних заболеваниях, Л., 1956. — 12. Фланцк С. И., Бекман Э. К. Клинич. медицина, 2, 145, 1942. — 13. Шнейдерова В. С., Тененбаум С. И. Сб. научных трудов, Ростов н/Дону 9, 225, 1949. — 14. Becker, J. Z. ges. exptl. Med. 71, 821, 1930. — 15. Kaufmann, F. Krankheitsforsch., 2, 448, 1926. — 16. Kaufmann, F. Klin. Wochenschr., 2, 1903, 1928. — 17. Neumann, H. tsit. Kaufmann'i järgi.

О реактивности организма у дизентерийных больных на основании реакции фагоцитоза и кантаридиновой пробы

А. Данилович

Резюме

Общезвестно, что при развитии дизентерийного процесса, наряду с дизентерийными бактериями, существенное значение имеет макроорганизм. В связи с этим нас интересовало определить иммунологическую реактивность организма дизентерийных больных при помощи кантаридиновой пробы, изучая при этом клеточный состав эксудата и фагоцитарную способность клеток. Для этой цели мы воспользовались методом Кауфмана с добавлением реакции фагоцитоза.

Под нашим наблюдением было 106 больных острой и 34 хронической дизентерией, находившихся на лечении в Тартуской городской клинической инфекционной больнице. Для сравнения данных аналогичные исследования были проведены у 25 здоровых лиц.

Первое исследование больных проводилось на следующий день после их госпитализации, а последующие — большей частью 3 раза с 5—6-дневными перерывами.

У всех исследованных больных дизентерией, за исключением 10 старшего возраста, появился кантаридиновый пузырь с хорошим или средним наполнением. В начальный период заболевания в эксудате преобладали полинуклеарные лейкоциты, в то время как лимфоциты были в норме. В разгаре заболевания в эксудате кантаридинового пузыря преобладали лейкоциты, тогда как содержание лимфоцитов было наименьшим. При исчезновении острых симптомов болезни количество лимфоцитов в эксудате пузыря повышалось, превышая средний уровень у здоровых, начиная с 8 дня заболевания.

Параллельно с количеством лимфоцитов эксудата кантаридинового пузыря у всех исследованных повышался также и фагоцитарный показатель, который был в среднем выше нормы, начиная с 4 дня заболевания.

Интересно отметить, что на 10 день болезни среднее количество эозинофилов в эксудате кантаридинового пузыря повышалось и в большей мере уменьшалось количество нейтрофилов лейкоцитов и лимфоцитов. Параллельно с изменением клеточного состава эксудата кантаридинового пузыря отмечалось умеренное понижение фагоцитарного показателя. Заслуживает внимания, что с десятым днем болезни совпадало 60% обострений, наблюдавшихся за период клинического лечения.

Laste ja noorukite tuberkuloosivastlastest revaktsineerimisest Tallinna linnas

E. Raukas

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst E. K a m a)

Tuberkuloosi profülaktika üks tähtsamaid komponente on vastsündinute, laste ja noorukite, viimasel ajal ka täiskasvanute tuberkuloosivastane vaktsineerimine. Vaktsineerimiseks kasutatakse BCG-vaktsiini, mis on valmistatud Calmette'i ja Guerin'i poolt kultiveeritud avirulentsest tuberkuloositekitaja tüvest. Nõukogude Liidus alustati tuberkuloosivastast vaktsineerimist 1925. aastal ja pärast katseid mõnedes rajoonides asuti 1930-ndatel aastatel plaanilisele laste vaktsineerimisele. Eesti NSV-s rakendati tuberkuloosivastast kaitsepookimist juba kodanlikul ajal, kuid massiliseks kujunes see alles nõukogude perioodil.

Nõukogude Liit oli üks esimesi maid, kus tuberkuloosivastane kaitsepookimine muudeti kohustuslikuks. Vaktsineeritute arv tõuseb kogu Nõukogude Liidus pidevalt, sealhulgas ka meie liiduvabariigis.

NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja poolt 11. juulil 1959. aastal kinnitatud juhendi alusel on revaktsineerimisel ette nähtud järgmised orienteeruvad arvud: 2-aastasi lapsi tuleb revaktsineerida 80—85% sellealaste üldarvust, 6—7-aastasi lapsi — 70—75%, 12-aastasi 40—50%, 15-aastasi 30—40% ja 18-aastasi 15—25% vastavaealiste üldarvust (1).

Et saavutada vastavate kontingentide maksimaalset revaktsineerimist, andis NSV Liidu tervishoiu minister 1956. a. välja käskkirjad nr. 44-m ja nr. 273, millega tuberkuloosivastase kaitsepookimise metoodikat tunduvalt lihtsustati. Ära on jäetud vaktsineerimisele eelnev varem kohustuslik röntgenoloogiline läbivalgustus ja Mantoux' proov, intervalli tuberkuloosivastase revaktsineerimise ja teiste kaitsepookimiste vahel on lühendatud kahele kuule.

Käesoleva töö ülesandeks oli uurida laste ja noorukite tuberkuloosivastast revaktsineerimist Tallinna linnas (välja arvatud Nõmme) 1957.—1958. aastal ja 1959. aasta kolme esimese kvartali jooksul. Vaatamata revaktsineeritute arvu tõusule, eriti 1959. aastal, ei revaktsineeritud meil veel kaugeltki kõiki revaktsineerimisele kuuluvaid lapsi. Eriti vähe toimus koduste laste kaitsepookimisi lastenõuandlate ja oskonnapediaatrite poolt.

Võrreldes üksikute vanusegruppide revaktsineerimist 1957. ja 1958. aastal ning 1959. aasta kolme esimese kvartali jooksul, näeme, et 2-aastaste laste revaktsineerimine on 1958. aastal kahekordistunud võrreldes 1957. aastaga ja 1959. aasta kolme esimese kvartali jooksul ligi 2,5 korda suurem kui kogu 1957. aasta jooksul. Seega on revaktsineeritud 2-aastasi lapsi sellealaste üldarvust 1957. aastal 20,3%, 1958. aastal 44,0% ja 1959. aasta kolme esimese kvartali jooksul 49,5% (joonis 1). Siit näeme küll revaktsineeritud laste arvu tõusu, kuid praktiliselt on tuberkuloosi vastu vaktsineerimata ligi pool lastest. Vaatamata revaktsineerimise intensiivistumisele ka teistes vanusegruppides võrreldes 1957. aastaga on revaktsineerimise aktiivsus siiski veel suhteliselt madal. Nii näiteks on 1957. a. 3- kuni 7-aastasi lapsi tuberkuloosi vastu revaktsineeritud 5,8%, 1958. a. 19,2% ja 1959. a. esimese kolme kvartali jooksul 14,1% laste üldarvust. Sellealaste nakatavus on aga V. P. Bisjarina ja M. A. Kolesnikova (2) järgi 25,3%, M. A. Burlatšenko (3) järgi 16,7%, I. A. Šengelia (4) järgi 5,05% ja H. Pullisaare (5) andmeil 8,4%. Seega on suur hulk terveid ja tuberkuloosist infitseerimata lapsi jäänud veel revaktsineerimata, vaatamata sellele, et 1959. aasta esimese kolme kvartali jooksul revaktsineeriti 3- kuni 7-aastasi lapsi kõige enam, s. o. 33,7% revaktsineeritute üldarvust.

7—14 aasta vanuste laste revaktsineerimine on 1958. aastal suurenenud 1957. a. võrreldes 2,3 korda ja seda peamiselt viimase kvartali jooksul. Vaadeldes aga 1959. aasta kolme esimest kvartalit, võime öelda, et revaktsineeritute arv võrdub ligikaudu 1958. a. kolme esimese kvartali jooksul revaktsineeritud laste arvuga ja näitab 1957. aastaga võrreldes mõningat tõusu. Nimetatud asjaolu on tingitud sellest, et tuberkuloosivastane vaktsineerimine koolides toimub peamiselt neljandas kvartalis.

Puudulikult on läbi viidud noorukite tuberkuloosivastane revaktsineerimine. Kogu revaktsineeritud laste üldarvust revaktsineeriti noorukeid 1958. a. ainult 8,5% ja 1959. a. I—III kvartalis 9,2%. Noorukite revaktsineerimise väike protsent võib osaliselt olla tingitud ka ulatuslikust infitseerumisest tuberkuloosiga, mis V. P. Basjarina ja M. A. Kolesnikova andmeil moodustab 67,6%, M. A. Burlatšenko järgi 51,4% ning H. Pullisaare järgi 45,1%.

Tabel nr. 1

Asutuse nimetus	Revakts. laste absol. arv 1958. a. I—III kv.	Revakts. laste % üldarvust alates 2. el. a. 1958 I—III kv.	Revakts. laste absol. arv 1958. a.	Revakts. laste % üldarvust alates 2. el. a. 1958. a.	Revakts. laste absol. arv 1959. a. I—III kv.	Revakts. laste % üldarvust alates 2. el. a. 1959. I—III kv.
I Lastenõuandla (Kalinini rajoonis)	1293	11,6	1989	17,8	1850	16,6
II Lastenõuandla (Mererajoonis)	1832	10,6	2227	13,0	2085	12,1
III Lastenõuandla (Keskrajoonis)	1626	11,4	2628	18,4	1017	7,1
IV Lastenõuandla (Kopli)	863	10,0	958	11,0	1171	13,5

Kuna andmed 7- kuni 14-aastaste ja 14- kuni 18-aastaste laste arvu kohta eraldi puuduvad, on arvutatud kõigi kooliealiste laste (7—18 a.) ühine revaktsineerimise protsent. 1957. a. revaktsineeriti 6,7%, 1958. a. — 13,8% ja 1959. a. I—III kv. 9,5% selleealiste laste üldarvust.

Kokku vaktsineeriti 1957. a. tuberkuloosi vastu 6,4% laste üldarvust alates 2. eluaastast, 1958. a. 15,5% ja 1959. a. I—III kv. 12,2%. Kolme viimase aasta jooksul kokku (kuni 1959. a. 1. okt.) on revaktsineeritud 34,2% laste üldarvust alates 2. eluaastast.

Vaadeldes tuberkuloosivastast revaktsineerimist rajoonide kaupa (tabel 1) näeme, et arvuliselt kõige enam lapsi on 1958. a. revaktsineeritud keskrajoonis, 1959. a. aga mererajoonis. Suurimad suhtelised arvud on 1958. a. Keskrajoonis (18,4%) ja 1959. a. Kalinini rajoonis (16,6%).

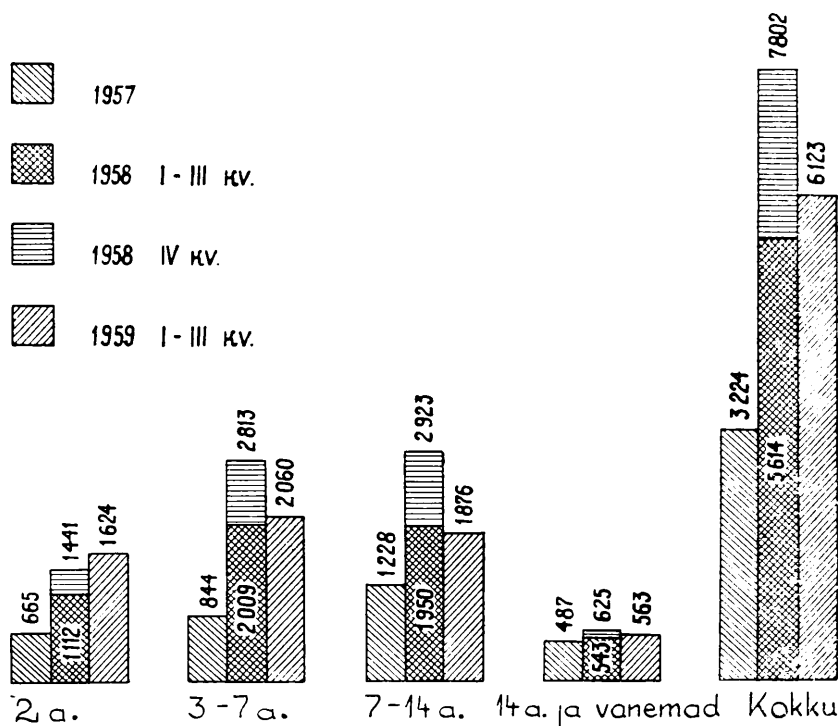
Tabel nr. 2

Aasta	2-a. revakts. laste abs. arv	% 2. a. laste üldarvust	3—7 a. revakts. laste absol. arv	% 3—7 a. revakts. laste absol. arv kokku	2—7 a. revakts. laste absol. arv kokku	% 2—7 a. laste üldarvust
1958. a. I—III kv.	895	33,6	1127	10,0	2022	14,5
1958. a.	1188	44,6	1454	13,0	2642	19,0
1959. a. I—III kv.	1321	49,6	1237	11,0	2558	18,3

Jälgides nõuandlate jaoskonnapediatrite tööd, näeme käesoleval aastal laste revaktsineerimise mõningat tõusutendentsi ja seda kõikide vanusegruppide juures (tabel 2). Tabeli andmeist nähtub, et revaktsinee-

ritud 2-aastaste laste arv suureneb pidevalt, mis on eriti tähtis, kuna selle vanusegrupi juures on haigestumine tuberkuloosi eriti ohtlik. Arvesse võttes, et tuberkuloosi vastu vaktsineeritakse kõik vastsündinud, mille tõttu kuni 2-aastaste laste nakatumine tuberkuloosi on suhteliselt väike, peaks olema võimalik vaktsineerida vähemalt 80 % kaheaastastest lastest.

Ka lastekollektiivides ei ole kõik lapsed tuberkuloosi vastu revaktsineeritud (joon. 3). 2-aastaste laste revaktsineerimise protsent 1959. a. esimese kolme kvartali jooksul on tõusnud küll 49,0 protsendini, kuid siiski suur osa revaktsineerimisealistest lastest on jäänud veel vaktsineerimata, olgugi et sõimedes on vaid üksikud tuberkuloosist infitseeritud lapsed.



Joonis 3

3- kuni 7-aastasi ja vanemaid lapsi on tuberkuloosi vastu revaktsineeritud suhteliselt rohkem, sest nende kaitsepookimine toimub mitme aasta vältel.

Võrreldes kodus ja kollektiivis viibivate laste tuberkuloosivastast revaktsineerimist, näeme, et 2-aastaste laste juures on see protsent ligikaudu võrdne, mõlemal juhul on jäänud peaaegu pooled lapsed revaktsineerimata. 3- kuni 7-aastaste laste revaktsineerimine kollektiivides on aga 2 korda suurem kui organiseerimata laste juures (2-aastasi lapsi viibib sõimes 18,2% ja 3- kuni 7-aastasi lapsi lasteaias 23,0% vastavaealiste üldarvust).

Kokkuvõttes võib öelda, et laste ja noorukite tuberkuloosivastane vaktsineerimine ei ole Tallinnas veel küllaldane eriti organiseerimata laste hulgas. Pediaatritel tuleb tingimata pöörata senisest suuremat tähelepanu laste ja noorukite revaktsineerimisele kui ühele tähtsamale laste tuberkuloosi nakatumist ja haigestumist vähendavale tegurile.

1. Инструкция по проведению вакцинации и ревакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ. Москва 1959 — 2. Бисярия В. П. и Колесникова М. А., Пробл. туберкул., 1958, 5, 6—8, — 3. Бураченко М. А., Пробл. туберкул., 1958, 5, 3—5. — 4. Шенгелия И. А. Пробл. туберкул. 1956, 5, 8—12. — 5. Pullisaar, H. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1958, 4, 44—47.

О противотуберкулезной ревакцинации среди детей и подростков города Таллина

Э. Паукас

Резюме

Приводим результаты ревакцинации против туберкулеза, проведенной среди детей и подростков города Таллина (за исключением района Нымме) с 1957 по 1959 год.

В 1957 году было ревакцинировано детей: в возрасте 2 лет — 20,3%; от 3 до 7 лет — 5,8% и школьного возраста (от 7 до 18 лет) — 6,7%. В 1958 году было ревакцинировано соответственно 44%; 19,2% и 13,8%.

Число ревакцинированных детей в течение трех кварталов 1959 года показывает некоторое увеличение относительно соответствующего периода 1958 года.

В течение трёх лет (до 1 октября 1959 г.) в городе Таллине было ревакцинировано 34,2% от общего числа детей старше 2 лет.

Сравнивая охват ревакцинацией 2-летних детей в коллективах и детей неорганизованных, видно, что проценты их ревакцинации почти равные. Среди детей в возрасте от 3 до 7 лет процент ревакцинации в коллективах вдвое превосходит соответствующий процент среди неорганизованных детей.

Несмотря на увеличение числа ревакцинированных детей, особенно за 1958 и 1959 годы, однако охвачены далеко не все дети, подлежащие ревакцинации.

В будущем педиатрам необходимо обращать еще больше внимания на противотуберкулезную ревакцинацию детей, как на одного из важнейших факторов профилактики туберкулеза.

HORMOONRAVIST VEREHAIGUSTE PUHUL

J. Reinaru ja K. Kõrge

(Kingissepa Linnahaiglast, peaarst E. V ä ä r t ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste kateedrist, kateedri juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent K. K õ r g e)

1950. aastast alates kasutatakse verehaiguste ravimisel hormoonpreparaate. Sel ajal täheldati esmakordselt kortikosteroidide manustamisel ägeda leukoosi kliinilist ja hematoloogilist remissiooni.

Viimastel aastatel võime leida andmeid verehaiguste hormoonravi kohta nii meie kui ka väliskirjanduses. VI rahvusvahelisel hematoloogide kongressil (1) väideti, et hormoonraviga võib pidurdada leukeemilist proliferatsiooni ja ravida ägedat leukoosi. Eristati kolm ägeda leukoosi remissiooni: täielik, osaline ja kliiniline.

G. Dovgjallo ja A. Rakitjanskaja (2) said ägeda müeloleukoosi juhtudel teatavaid tulemusi AKTH ja kortisooniga. A. Raskin (3) sai häid ravitulemusi AKTH-ga agranulotsütoosiga haigetel. J. Metreau (8) saavutas positiivse raviefekti delta-kortisooniga lümfoïdkoe haiguste, nagu infektsioosse mononukleoosi, kroonilise lümfaatilise leukeemia ja ka lümfo-granulomatoosi puhul. H. Schulten (9) soovib senisest rohkem kasutada neerupealise koore hormoone hemolüütilise aneemia, ägedate leukooside, agranulotsütooside ja hemorraagiliste diateeside puhul. Sealjuures soovib ta ägedate leukooside puhul likvideerida infektsioossed kolded, mis sageli võivad viia haiguskulu kauasele remissioonile. Agranulotsütooside puhul soovib H. Schulten paralleelselt hormoonraviga kasutada nakkus-

Haige K. H. kehatemperatuuri kõver ja veremuutuste dünaamika

Kuu	V			VI														VII			VIII	IX	XI
Kuupäev	13	20	28	2	3	4	5	6	7	8	9	10	17	20	23	26	30	3	7	10	8	4	21
40°																							
39°																							
38°																							
37°																							
36°	Kehatemp. püsivalt 38-39°																	Kehatemp. püsib normaalsena					
35°																							
Ravi	Tesaani 10gft 3 korda																						
	Penitsilliini 400000 üh. päevas																						
	Streptomütsiini Kortisooni 25mg x 8 x 6 x 4 x 3 x 2																						
	B12 vitamiin 1ml üle päeva																						
Sr mm/t	66	73	76				78	78			77	35	33	50	48	54	50	45	45		15	75	
Hgb% Sahli järgi	55	45	40	36			36	38		36	36	45	50	52	51	50	58	59	65	70	78	49	
Erütrots milj.	2,4	1,9	1,7	1,5			1,4	1,6		1,4	1,5	1,7	1,8	2,1	2,2	2,5	2,4	2,0	2,7			2,1	
Leukots. tuh.	3,9	3,8	3,7				3,9	3,5		3,0	3,1	3,3	3,5	3,3	3,0	3,3	3,8	3,7	4,5	3,4	3,3	6,5	
Eos.	-	1	-				-	1		-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	
Müelobl.	46	39	29				19	10			13	4	5	6	8	8	7	6	6	8	1	49	
Keppt.	2	2	3				3	1			1	-	3	-	4	1	4	3	4	2	1	-	
Segmentt.	12	10	21				29	43			19	34	31	28	46	38	41	36	46	26	33	2	
Lümfots.	28	38	41				42	43			60	57	58	64	40	50	48	48	44	54	57	45	
Monots.	12	10	6				7	2			7	5	3	2	2	3	-	6	-	8	8	4	

vastast ravi. O. H. Durand, C. M. Flory ja S. H. Woodhull (10) kirjeldasid rasket agranulotsütoosi rasedal, kes paranes kortisooniga ja jäi pärast sünnitust terveks.

I. Kassirski ja L. Petrova (4) analüüsivad hormoonravi tulemusi 55 verehaiguse juhul, neist 18 akuutse müeloosi puhul. Viimaseist saavutati täielik hematoloogiline remissioon 4, osaline remissioon 6 haigel. Ülejäänutel saavutati ainult subjektiivse seisundi paranemist (5 haigel) või puudus raviefekt täiesti (3 haigel).

Osa autoreid, kes kasutasid AKTH-i, leidsid, et hormoonravi ei andnud verehaiguste puhul tulemusi. Kirjandusest aga nähtub, et autorid, kes on kasutanud kortisoonravi komplekselt teiste ravivahenditega (kariotsütostaatilised preparaadid, antibiootikumid, vereülekanDED, vitamiinid, nukleinhapped, kampoloon jt.), on saanud remissioone teatavate verehaiguste ravimisel. Rööbiti hormoonraviga kasutatakse edukalt ka antimetaboliitilisi preparaate — foolhappe ja puriinainete antagoniste.

Rakendades AKTH ja kortikosteroidide verehaiguste raviks, tekib küsimus nende toimemehhanismi kohta. I. Kassirski ja L. Petrova järgi baseerub verehaiguste ravi kortisooniga kahel printsiibil: 1) retiikulo-lümfoidse reaktsiooni pärssimine (vähenevad lümfisõlmed, võivad normaliseeruda maksa ja põrna dimensioonid, väheneb kudede leukeemiline infiltratsioon), 2) organismi allergilise seisundi kõrvaldamine, s. o. mõningaid verehaigusi põhjustavate immuunhematoloogiliste faktorite neutraliseerimine.

Allpool kirjeldame ägeda müeloleukoosi juhtu, kus kortisoonravi andis hea, kuigi ajutise remissiooni.

55-aastane naine K. H. hospitaliseeriti Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda 30. aprillil 1958. a. (Hgl. nr. 1466/1958). Patsient haigestus 1½ kuud tagasi. Esinesid palavik, köha ja pisted rinnus. Hiljem muutus haigel kurk valusaks.

Kliinikus leiti patsiendil tabelis 1 märgitud veremuutuste kõrval veel bronhopneumoonilisi infiltraate. Põrn ja lümfisõlmed ei olnud suurenenud. Nekrootilist angiini ei esinenud. Ravist ja selle efektiivsusest annab ülevaate tabel 1. Esialgne ravi antibiootikumidega, koos tesaani ja vitamiinidega, tulemusi ei andnud, verenäitajad halvenesid pidevalt. Kortisoonteraapiast alates paranesid patsiendi subjektiivne seisund kui ka verenäitajad üllatavalt hästi, nii et patsient võis pärast kliinikust lahkumist paar kuud töötada valvurina. 4. septembril ambulatoorselt kontrollitud vereleid oli üsna hea. Niisugune remissioon kestis kuni novembri alguseni. Siis olevat patsient jällegi külmetanud. Tekkisid uuesti rinnus pisted, palavikud ja enesetunde halvenemine. Patsient hospitaliseeriti uuesti 20. novembril. Kliinikus leiti verestaatuse tunduv halvenemine, mis koos aneemiaga süvenes hoolimata ravist. Seekord kortisoonravi enam tulemusi ei andnud ja haige suri 29. jaanuaril 1959. a.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: *Medulla ossium rubra, anaemia organorum (myelosis). Bronchopneumonia bilateralis. Pharyngitis necroticans*. Histoloogiline uuring: *Bronchopneumonia et oedema pulmonum. Rakk-rasvluuüdi. Myelosis hepatis et lienis*.

Nagu see juhtum näitab, võime akuutse müeloosi puhul kortisoonraviga saavutada üsna silmapaistvaid, kuigi ajutisi, haigusprotsessi remissioone, mis õigustab seda ravi raskete haigusseisundite puhul.

Tekib küsimus, kas ja mis määral tuleb nimetatud haiguste puhul arvestada ka neerupealise koore funktsiooni langust. see tähendab, mis määral verehaiguste puhul rakendatavat hormoonteraapiat tuleb vaadelda kui substitutsiooniteraapiat? Selle küsimuse valgustamiseks uuriti neerupealise koore funktsioonivõimet üheksal patsiendil mitmesuguste verehaiguste puhul, määrates sel otstarbel kortikosteroidide üldhulka uriinis Gornall'i ning Macdonald'i meetodi (11) järgi ja Robinson-Power-Kepler'i testi (5,6), s. o. kusiaine-kloori-vee indeksit, mille määramine toimus järgmiselt:

$$I = \frac{\text{kusiaine uriinis mg\%}}{\text{kusiaine plasmas mg\%}} \times \frac{\text{kloriidid plasmas mg\%}}{\text{kloriidid uriinis mg\%}} \times \frac{\text{Päevase uriini suurim kogus ml}}{\text{öine uriini hulk ml}}$$

Robinson-Power-Kepler'i test ja kortikosteroidide eritumine patsientidel verehaigustega ja võrdlusrühmal.*

Diagnoos	Sugu	Hgl. nr.	Kortisoon 100 ml uriinis mg	Kortisoon ööpäevases uriinis mg	Veetest					NaCl mg %		Cl mg %		Kusiainet mg %		KKVI
					uriini öine kogus ml	uriini kogus (ml)				veres	uriinis	veres	uriinis	veres	uriinis	
Norm			Meestel 1,25— 2,0 mg Naistel 1,0— 1,4 mg		350	300	600	300	200	560— 610		340— 370		20—40		25
Neerupealise koore hüpofunktsiooni puhul					575	100	150	350	100	alla 560		alla 340		üle 40		alla 25
1. <i>M. Addissoni</i>	Mees	298	0,013	0,1183	325	25	45	50	60	437,7	795,9	265,7	483,2	49,5	577,2	2
2. <i>Leucaemia lymph. chron.</i>	"	351	0,031	0,1891	240	165	160	120	83	449,5	849,7	272,8	515,8	44,2	445,5	4
3. <i>Leucaemia lymph. chron.</i>	Naine	1721	—	—	250	55	280	120	110	603,2	1397,4	366,0	847,9	44,7	4266,5	42
4. <i>Myelosis subacuta</i>	Mees	353	0,039	0,3705	370	82	63	47	50	554,4	327,7	336,5	198,9	41,6	2456,0	19
5. <i>Myelosis chronica</i>	"	401	0,016	0,2352	500	50	150	425	60	587,9	1153,0	356,9	699,9	20,7	736,8	10
6. <i>Agranulocytosis</i>	Naine	192	0,015	0,1395	375	90	60	75	95	498,1	687,3	302,3	417,2	47,5	487,4	2
7. <i>Lymphogranulomatosis</i>	"	559	0,400	1,7200	135	120	25	30	25	483,9	457,9	293,7	277,9	43,56	2210,4	44
8. <i>Lymphogranulomatosis</i>	Mees	164	—	—	130	90	90	82	126	328,8	320,0	199,6	194,2	36,4	2388	60
9. <i>Myelomatosis</i>	"	83	0,090	1,917	1600	130	450	200	250	503,9	187,0	305,9	113,5	45,5	573,7	9
10. <i>Eosinophilosis (Fasciola hepatica)</i>	Naine	516	0,145	0,9415	175	25	300	350	75	513,2	746,0	311,5	452,8	29,3	2578,8	119
11. <i>Polyarthrits rheum. recid. III</i>	"	225	0,035	0,2555	260	20	30	195	85	522,0	624,2	316,8	378,9	46,0	2021,5	24
12. <i>Polyarthrits infect. acuta</i>	Mees	194	0,019	0,1843	360	170	70	300	290	528,5	1024,4	320,8	621,8	43,2	4026,0	40
13. <i>Polyarthrits infect. chron. exacerb.</i>	Naine	317	0,027	0,3051	385	330	445	175	50	542,4	1438,1	330,2	872,9	39,0	1571,0	30
14. <i>Polyarthrits infect. subac.</i>	"	183	0,021	0,1365	160	170	380	270	200	576,4	389,3	349,9	236,3	37,6	1500,0	149
15. <i>Polyarthrits infect. chron.</i>	"	245	0,064	0,5016	112	20	225	395	175	552,5	354,5	335,3	215,2	38,4	1763,6	257
16. <i>Endocarditis septica lenta</i>	"	596	0,073	0,9636	615	50	307	280	172	519,7	730,8	315,4	443,6	39,0	1268,9	11
17. <i>Endocarditis septica lenta</i>	"	342	0,095	1,2065	425	75	105	175	35	554,6	870,0	336,6	527,1	35,6	2437,0	16

* Uuringud teostati Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas 1957.—1958. a.

Neerupealise koore hüpofunktsiooni puhul on indeks alla 25; kui indeks on suurem kui 30, siis saab neerupealise puudulikkust eitada. Võrdluseks määrati samad näitajad kaheksal haigel, kelle hulka kuulus üks patsient Addissoni-tõvega, seitse haiget reumaatilise ja reumatoidse polüartriidiga ning *endocarditis lenta*'ga (tabel 2).

Hormoonravi kasutamisel tuleb teada neerupealiste koore funktsionaalset seisundit (6), mis nähtub ka tabelist nr. 2. Tabelis on toodud üksikud esialgsed näited Robinson-Power-Kepler'i testi kohta mõningate verehaiguste puhul. Kusiaine, kloori, vee indeksi (KKVI) võrdlemine verehaiguste ja mõningate reuma- ning reumoseptiliste seisundite puhul näitab, et siin esinevad indeksi tunduvad, samasuunalised nihked. Seejuures näeme verehaiguste puhul teatavat paralleelsust neerupealiste koore funktsiooni pärssimise ja seisundi raskuse vahel.

Lümfogranulomatoosi- ja *fasciola hepatica* haigeil oli perifeerses veres rohkesti eosinofiilseid leukotsüüte; nendel juhtudel ei näidanud Robinson-Power-Kepler'i test ja kortisooni eritumine ööpäevases uriinis neerupealise koore hüpofunktsiooni. Lümfioleukoosi- ja agranulotsütoosihaigetel olid KKVI patoloogilised, ka vee koormuskatsed näitasid nendel haigetel vedeliku eritumise häireid. Kõrvutades viimaste verehaigete NaCl, Cl, kusiaine ja KKVI vahekordi Addissonihaige andmetega, näeme teatavat sarnasust. Kortisooni eritumine ööpäevase uriiniga oli tunduvalt langenud agranulotsütoosi, lümfaatilise leukeemia ja müeloiilise leukeemiaga haigetel. Nendel haigetel oli kortisooni eritumise langus uriinis lähedane Addissoni-, reuma- ja reumatoidse polüartriidi haigetele. Esitatud andmed vastavad viimastele kirjanduse andmetele, mille järgi paremaid ravitulemusi hormoonraviga on saadud just leukoosi- ja agranulotsütoosihaigetel (7). Tabelist nähtub, et mõningate verehaiguste puhul võib esineda neerupealise koore tunduv hüpofunktsioon. Kas viimane on primaarne, või tekkinud nimetatud haiguste tagajärjel, peab jääma esialgu lahtiseks.

Neid esialgseid uuringuid on ilnselt vaja jätkata selleks, et teha mõningaid üldistusi, mis oleksid tugipunktideks stimuleeriva AKTH-ravi ordineerimisel verehaiguste üksikute vormide puhul. Lähtudes neerupealise koore funktsiooni langusest, tuleb eriti verehaiguste raskemate faaside või vormide puhul eelistada haiguse algul asendusteraapiat kortisooni või prednisooniga. Mis määral niisugustel juhtudel on tegemist neerupealise koore funktsionaalse inertsusega ja mida saab kõrvaldada energilisema AKTH-raviga, peavad näitama täiendavad uurimused. Arvatavasti peaksid hormoonravi järelkuurid omama tähtsat kohta haiguse ägenemise vältimisel.

Kuigi kortisooniga ei ole seni saavutatud ühtegi lõplikku tervistumist niisuguste haiguste puhul, nagu seda on mitmesugused leukoosivormid ja lümfogranulomatoos, on senised tulemused avanud siiski mõningaid optimistlikumaid perspektiive, mille edasine uurimine ja väljaarendamine on tingimata vajalik.

KIRJANDUS

1. Алексеев Т. А. Пробл. гемат. и перелив. крови 2, 3—12, 1957. — 2. Довгалло Г. Х., Ракитянская А. А. Здоровоохр. Белоруссии 8, 9—12, 1957. — 3. Раскин А. М. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии 1, 69—74, 1956. — 4. Кассирский И. А. и Петрова Л. М. Вестн. Акад. мед. наук СССР 5, 10—27, 1959. — 5. Камерон А. Г. Достижения современной эндокринологии М., 290—292, 1948. — 6. Гинчерман Е. З. Врачебн. дело 6, 526—528, 1954. — 7. Информационное письмо «Лечение препаратами коры надпочечников и АКГГ заболеваний системы крови». Харьков, 1959. — 8. Metreau, J. Clinique 503, 613—620, 1956. — 9. Schulten, H. Med. Klinik 17, 681—685, 1957. — 10. Durand, O. H., Flory, C. M. and Woodhull, S. H. New England J. Med. 252, 24, 1038, 1955. — 11. Gornall, A. G. A., Macdonald, M. P. J. Biol. Chem. 1953 v. 201 N. 1. p. 279—297.

О гормональной терапии при заболеваниях крови

И. Рейнару и К. Кырге

Резюме

В литературе имеются данные о том, что гормональная терапия в комплексе с другими лечебными средствами тормозит лейкомиическую пролиферацию и практически вылечивает больных острым лейкозом. Одни авторы отрицательно относятся к гормональной терапии при таких заболеваниях крови, как лейкозы, агранулоцитозы, лимфогрануломатоз; другие отмечают хорошие результаты. При гормональной терапии заболеваний крови важно знать функциональное состояние коры надпочечников, а также показания для ее стимулирования или субституирующего лечения гормонами.

Приводится случай с острым миелолейкозом, где при лечении кортизоном был получен хороший, но временный результат.

Изучая функцию коры надпочечников у 15 больных методом определения выделения кортикостероидов в моче, выяснилось, что у больных агранулоцитозом, лимфо- и миелолейкозом выделение кортикостероидов было пониженное. Проведенная у 17 больных проба Робинсона-Поуера-Кеплера указывала также на понижение функции коры надпочечников.

Исходя из полученных данных, можно считать обоснованным лечение больных лейкозами и агранулоцитозом кортизоном или преднизолом с последующим добавлением АКГГ.

PÕLETUSTE ESMAABIST

Dotsent A. Seppc, U. Sibul ja H. Kaur

(Tallinna II Haiglast, peaarst A. Joakimov)

Hoolimata kliinilis-eksperimentaalsetest töödest on põletuste esmaabi küsimused etiopatogeneetilise ravi seisukohalt puudulikult lahendatud.

Seni ei ole veel välja töötatud ravikompleksi, mis vastaks järgnevaatele nõuetele:

1. Kahjustatud koldest tsentraalselt kulgevate valuimpulsside katkestamine.

2. Aktiivse hüpereemia esilekutsumine ja venoosse paisu likvideerimine (plasmorröa vähendamiseks, nekroosi progresseerumise takistamiseks ja kahjustatud rakkude kiirema taastamise soodustamiseks).

3. Pikaajaline antibakteriaalne toime.

Õigesti rõhutab Levin, et põletushaige edasine ravi sõltub eranditult vigastuse esimestel minutitel antud esmaabist.

Kirjanduse andmetel kasutatakse põletuste puhul esmaabi andmisel vatti ja marlisidemeid vase'iinõliga ning Breitmann'i piiritusmähiseid.

Velikoretski soovitab optimaalse abinõuna põletatud pinna pesemist piiritusega või kaaliumpermanganaadilahusega, manustada külma ja Višnevski salvi.

Levin ja Drevina soovivad valuaistingu väljalülitamiseks põletusele üheprotsendilise novokaiinilahuse aplitseerimist. Sarkissov soovitab selleks 0,25- kuni 0,5-protsendilist ja Birjukova 2-protsendilist novokaiinilahust. Viimane soovitab kasutada seda koos 70° piirituse ja valge streptotsiidi pulbriga. Džanelidze aga väidab, et novokaiini aplitseerimine põletatud pinnale ei anesteseeri.

Valuimpulsside katkestamiseks soovitas Hrjuštšova tsirkulaarset novokainiblokaadi ülalpool põletust. Goldsand'i järgi omab head efekti haava niisutamine klooriüüliga, mille tagajärjel valu kaob kiiresti ja kudede turse alaneb. Seda meetodit ei saa aga rakendada ulatuslike põletuste puhul.

Põletuste puhul seni kasutatud tavalisi õlimähiseid (*Ol. Vaselini*, *Ol. Jecoris aselli* jt.) ei saa pidada otstarbekaks järgmistel põhjustel:

1. Õlimähise isoleeriva omaduse tõttu ei võimalda viimane tuimastusvahendi (novokaiini, anesthesiini jt.) piisavat kontakti põletuspinna kahjustatud närvilõpmetega. Samal põhjusel ei oma efekti ka õlisse suspendeeritud antibiootikumid, mis ei segune põletuspinna eksudaadiga. Toimides põletuspinnasse sooja kompressina, suurendab õlimähis valu.

2. Õlimähis loob põletuspinnal termostaaditingimused, soodustades seega olemasoleva infektsiooni arengut ja nekrootilise koe kiiret lagunemist.

Oma töös lähtusime järgmistest printsiipidest: esmaabivahend peab vähendama šokogeensete impulsside kulgu, takistama nekroosi süvenemist ja omama püsivat antibakteriaalset toimet.

Šokogeensete valuimpulsside vähendamiseks peab anestesiseeriv vahend vahetult toimima närvilõpmetesse põletuskohal. Nagu selgub varasematest katsetest, kliinilistest, tähelepanekutest ja kirjanduse andmetest, ei ole novokaiinilahus siin rahuldav. Esmaabi andmise momendil on suurem osa põletuspinnast kaetud epidermisega, mida novokaiini vesilahus ei läbi.

Valuvaigistava vahendina põletuste puhul on piiritus laialdaselt tuntud, mis aga suuremate põletuste korral ja eriti epidermiseta nahal kutsub esile tugeva valusündroomi. Piiritus, manustatud koos meie poolt soovitatud anesthesiiniga, omab püsivat anestesiseerivat toimet, tekitades ühtlasi aktiivse hüpereemia, likvideerib venoosse paisu, vähendab plasmorroid, takistab nekroosi süvenemist ja loob soodsad tingimused kahjustatud kudede kiireks taastumiseks.

Anesthesiinpiirituse antibakteriaalset toimet süvendab mentool. Viimane, eriti *oleum Menthae* kujul, nõrgendab piirituse ärritavat toimet ja suurendab oma jahutava toime tõttu anesthesiinpiirituse valuvaigistavat mõju. Kuna oluline on ka külmafaktor (Markelov jt.), siis saab anesthesiinmentoolpiirituse tuimastavat efekti veelgi suurendada külma aplitseerimisega.

Arvestades neid tingimusi, viisime oma loomkatsed läbi mitmes rühmas. Katseteks kasutasime küülikuid. Põletused kutsusime esile katseloomade kõrvadel, standardset gradueeritud kuuma veega (54°C). Oma iseloonult oli enamuses tegemist teise järgu põletustega.

Katsed viisime läbi paralleelselt kontrollrühmadega (külm, Stahli lubjaliment, efedriini ja mesotoonitüüpi preparaadid).

Katsetest selgus (katseloomi kontrolliti iga 24 tunni järel), et Stahli lubjaliment võrreldes külma veega omas tugevamat põletikureaktsiooni pärssivat toimet. Mõlemas grupis olid küülikute kõrvades degeneratiivsed muutused (turse, funktsiooni langus, nekroos).

Võrreldes Stahli linimendi ja külma manustamisega, oli mesotoonil pisut suurem efekt.

Katserühmas, kus võrdlesime meie poolt soovitatud anesthesiinmentoolpiirituse lahuse toimet Stahli lubjalinimendi ja külma toimega, oli anesthesiinmentoolpiiritusel tugev põletikku pidurdav mõju. Juba 24 tundi hiljem oli turse küülikute kõrvadel alanenud. 48 tundi hiljem oli kõrva funktsioon täielikult taastunud, ville ja nekroosi ei sedastatud.

Katsetes, kus võrdlesime anesthesiinmentoolpiirituse lahuse toimet põletuspinnasse anesthesiinmentoonmentoolpiirituse lahuse toimega, oli saadud tulemus mesotooni kasuks vaieldav.

Kõigis katserühmades, kus manustasime anesthesiinmentoolpiirituse lahust, oli tulemus enamasti positiivne, eriti rühmas, kus lisaks rakendasime külma.

Kuna anestesiin-mentoolpiiritus kiiresti lendub ja tema toimeaeg seega mõninal määral lüheneb, kasutasime kompleksrühmas sulfureeritud õliemulsioone, mis vees hästi segunevad ja piirituse aurumist tunduvalt aeglustavad. Seda kinnitavad ka kontrollkatsed, millede mõju oli tunduvalt püsivam.

Saadud eksperimentaalseid tulemusi kasutasime kliinilises praktikas. Rakendasime Tallinna II Haigla kirurgiaosakonnas ravil olnud kahekümnel põletushaigel ülaltoodud kompleksühendit (Rp.: *Anaesthesini* 1,0; *Ol. Menthae* 1,0; *Ol. Persicorum sulfurati* 1,0; *Spiriti vini* 70% ad 100,0)* primaarse esmaabi vahendina. Uuritavad patsiendid viibisid nii ambulatoorsel kui ka statsionaarsel ravil 1. märtsist kuni 15. aprillini 1959. a.

16 juhul oli tegemist ainult II—III astme põletustega (IV—V aste 4 juhul). Hospitaliseeriti 7 haiget, 6 põletushaigeist olid lapsed (1—11 a.).

Esmaabina manustasime põletuspinnale kõikidel juhtudel ilma primaarse korrastuseta anestesiin-mentoolpiirituse sulfureeritud õliemulsiooni märgade 2- kuni 3-kihiliste marlimähiste näol. 12 patsiendil jäeti need peale 6—12 tunniks, kuni 8 juhul asetati põletuspinnale 10—15 minutit hiljem Seppo salvi nr. 25 (*Unquendum Seppo* nr. 25). Ulatuslikuma põletuse puhul manustasime lisaks veel külma (näiteks külmavee kotid).

Kõigil põletuse II—III astmega haigetel kadus valu pärast meie esmaabivahendi aplitseerimist 4—7 minuti jooksul (mõnel juhul säilis õhetus), vähenesid šokinähud ja paranes subjektiivne enesetunne. Nõrgema efekti saime põletuste IV—V astme puhul, kus paksu nekroosikihi tõttu patsiendi vaevused kestsid pärast esmaabi osutamist veel mõni päev.

Järeldused

1. Vähendades valuimpulsse kahjustatud koldes omab anestesiin-mentoolpiirituse sulfureeritud õliemulsioon püsivat anesteseerivat ja antibakteriaalset toimet.

2. Piirates põletuspinnal nekroosi arengut on anestesiin-mentoolpiirituse sulfureeritud õliemulsioon soovitavaks vahendiks ka teiste toimeainete kõrval väiksema ulatusega põletuste puhul.

3. Meie poolt soovitatud vees hästilahustuv emulsioon omab happelist reaktsiooni, aga põletuspinna eksudaat leeliselist reaktsiooni. Epiteelkoe regeneratsiooniks on soodsam happeline reaktsioon, seega esmaabi loob ise soodsad tingimused epiteeli regeneratsiooniks.

KIRJANDUS

1. Великорецкий А. Н. Фельдшер и акушерка 1957. 6, 47—48. — 2. Гольдсанд Л. Л. Здравоохр. Казахстана 1957. 3, 26—38. — 3. Джанелидзе Ю. Ю. Ожоги и их лечение. М. 1941 — 4. Маркелов В. Н. Военно-медицинский журнал 1957, 8, 78—79. — 5. Seppo, A. I. Poolt kehapinda ületavate termiliste põletuste ravi. Teaduslikud tööd pühendatud Tartu Riikliku Ülikooli 150. aastapäevale, Tallinn, 1952.

* Sulfureeritud õli puudumisel võib kasutada ka ülejäänud segu mõnevõrra väiksema efektiga.

Первая помощь при ожогах

А. Сеппо, У. Сибуль и Х. Каур

Резюме

Первая помощь и лечение ожоговой болезни должны быть комплексным — общим и местным, этiotропным и антипатогенетическим. На первом месте в этом комплексе должна быть борьба с шоком, плазмой потерей, интоксикацией, инфекцией и обусловленными ими нейрогуморальными расстройствами и нарушениями обмена веществ.

Результаты опытов на животных и клинические данные показали, что лучшим средством для оказания первой помощи при ожогах является составленный нами спиртовой раствор анестезина, мятного эфирного и сульфурированного персикового масла. Этот раствор хорошо смешивается с экссудатом, меняет его щелочную реакцию в кислую и снимает болевые ощущения при ожогах II и III степеней через 4—7 минут с момента аппликации. Он увеличивает активную артериальную гиперемию и уменьшает венозную застой.

Эти свойства раствора препятствуют возникновению отека или уменьшают его образование, улучшают трофические процессы и препятствуют прогрессированию некроза. Уши кроликов, погруженные на три минуты в воду при температуре 54°C после перенесения в наш раствор становились из цианотичных розовыми, наступивший их отек уменьшался наполовину. Через 48 часов восстанавливалась функция ушных раковин, пузыри и некроз не появлялись. В контрольных группах с применением общезвестных средств первой помощи уши повисали, появлялись пузыри и некроз. В некоторых случаях позднее отпадали 2/3 ушной раковины.

В течение последних двух лет названный раствор систематически применяется на травматологическом пункте II городской больницы г. Таллина. Наложение повязки, смоченной раствором, производится без предварительной обработки ожоговой поверхности. При последующем поступлении больных в стационар ранее наложенная повязка еще раз смачивается этим же раствором. Применение его не исключает проведения в необходимых случаях и общего лечения.

Через 6—12 часов первичная повязка снимается, очищается кожа и удаляются пузыри. На поверхность ожогов II и III степеней накладывается масса, названная нами Р р — 7. Это вязкая, липкая коллоидная масса растворяет экссудат, адсорбирует токсины и обезболивает обожженную поверхность. Она способствует отторжению некроза, изменяет среду в кислую, что само собой препятствует жизнедеятельности бактерий и, кроме того, своими терпинами и фитонцидами оказывает сильное антибактериальное действие.

Лечение ожогов проводится нами в клинической практике уже продолжительное время. Анализ результатов показал значительное снижение летальности даже при ожогах, охватывающих 54—75% поверхности тела, и сокращение сроков лечения.

KIIRITUSKAHJUSTUSTEST KIRURGIDE KÄTEL

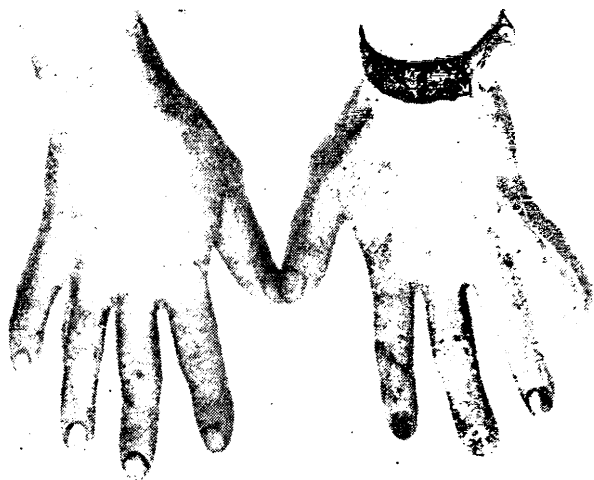
Arstiteaduse kandidaat K. Villako

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent E. Raudam)

Röntgenoloogia arenemise esimestel aastakümnetel tekkis röntgenoloogide kätel sagedasti kiirituskahjustusi. Peagi võeti aga röntgenikabinetides tarvitusele kaitsevahendid, mis viisid kahjustusjuhtude arvu miinimumini. Tänapäeval me niisuguseid muutusi röntgenoloogidel vaevalt küll leiame, sest koos erialase väljaõppega tutvustatakse noori röntgenolooge kiirguse bioloogilise toimega ning selgitatakse kaitsevahendite kasutamise vajalikkust. Röntgenoloogilise uurimismeetodi arenemine ja laialdasem levik on viinud selleni, et tänapäeval ei tegele röntgenikiirtega mitte üksnes röntgenoloogid, vaid ka teiste erialade töötajad, kellel puuduvad vajalikud teadmised kiirituskahjustuste vältimise alal. Kirurgid kasutavad luksatsioonide ja fraktuuride reponeerimisel luude seisu kontrollimiseks sageli röntgeniläbivalgustust. Veel hiljuti polnud harulduseks võõrkehade eemaldamine röntgeniläbivalgustuse

kaasabil. Viimastel aastatel hakkasid aga ka sagenema teated Tartus töötavate kirurgide hulgas, et nende kätele tekivad mingisugused muutused, mis paranevad väga visalt, hoolimata ravist. Arvestades eespoolöeldut, tekkis kahtlus, et neil juhtudel on tegemist kiirituskahjustustega.

Küsimuse selgitamiseks uuriti Tartu kirurge, mille tulemused esitatakse alljärgnevalt. Selgus, et umbes kolmandiku kirurgide kätel esines muutusi, mis vastavad kiirituskahjustustele. Suuremal osal kahjustatuist olid muutused vähemad. Nendel esineb naha atroofiat sõrmede dorsaalküljel ja peamiselt küünefalangide piirkonnas. Küüned on muutunud rabedamaks ja murduvad kergesti. Enamasti võib näha küüntel piki- triibulisust. Muutused on selgemini välja kujunenud mõlema või ühe käe II ja III sõrmel. Üksikuil leidub atroofilisel nahal hüperkeratoose. Kuid ka neil, kel vaatluse ajal oli kahjustuse tunnuseid vähe, on varem esinenud kätel ulatuslikumaid muutusi. Naha seisund paranes neil siis, kui nad hakkasid hoiduma röntgenikiirgusest. Pääaegu reeglipäraselt ilmusid muutused polikliinikus või traumatoloogia osakonnas töötades.



Joonis 1

Ühel kolmandikul kannatanuist leidub sõrmedel ja küüntel aga suu- remaid ja püsivamaid muutusi. Esitame nendest juhtudest mõne näite.

Üks kirurg kirjeldab muutuste tekkimist järgmiselt. 1955. aastal töötas ta traumatoloogia osakonnas neii kuud. Luufraktuuride repositsioone kontrollis ta sel ajal reeglipäraselt röntgeniläbivalgustusega. Järsku tekkisid parema käe II ja III sõrme ning vasaku käe II sõrme dorsaalpinnale villid, mis varsti lõhkesid. Umbes samal ajal tekkisid mainitud sõrmede küünevallile sügavamad haavandid. Käed hakkasid tugevasti valutama. Ravi ei andnud märgatavaid tulemusi ja paranemine toimus väga aeglaselt. Lisaks sellele muutusid küüned rabedaks ja jutiliseks. Aasta hiljem tekkisid haavandid uuesti ning ühe sõrme küüs tuli maha. Parane- mine kulges jällegi pikkamisi ja muutustega kaasusid tugevad valud kätes. Mõni aeg hiljem teostati kannatanul rindkere röntgenoloogilist läbivalgustust, mille lõpul käed hakkasid väga tugevasti valutama. See viis mõttele, et muutused kätel on põhjustatud röntgenikiirtest. Käesoleval ajal on sõrmede dorsaalpinnal nahk atroo- filine, kohati depigmenteerunud ja kaetud armidega. Muutused on suuremad parema käe II ja III sõrmel (joonis 1), kus küünevall on täiesti kadunud.

Teine kirurg märkas 1953. aastal, et tal sõrmeküüned muutuvad kõvemaks, rabedamaks ja hakkavad pikisuunas pragunema. Küünte ümbruse nahal tekkisid hüperkeratoosid. Mõni aasta hiljem hakkas sõrmede dorsaalsele pinnale aeglaselt tekkima laiguline punetus ja sõrmed tursusid. Vaatluse ajal oli punetus (teleangiek- taasia) sõrmedel laialdane ja nahk atroofiline. Tugevamal kujul pole kätes valusid esinenud, kuid aegajalt tekib kätes kuumusetunne.

Ühel kirurgil on lisaks tugevatele muutustele sõrmede dorsaalsel küljel nahk atroofiline ka käeseljal ja pihupesades. Induratiivse ödeemi tõttu on sõrmede liiku-

vus vähenenud ja käe rusikasse surumine raske. Kannatanu ise ütleb, et tal on tunne, nagu oleks käte nahk jäänud kitsaks. Raskemini on tabatud vasak käsi, mille nahk on täiesti kuiv, läikiv, kergesti pragunev ja küüned deformeerunud (joonis 2).

Kirjeldatud kahjustuste tekkepõhjuste selgitamine oli üsna lihtne. Selgus, et kirurgiaosakondades ei kasutata käesoleva ajani röntgen-diagnostilisi protseduure õigesti. Nagu juba eespool märgitud, teostavad kirurgid jäsemete läbivalgustusi ise. Läbivalgustused toimuvad palatitüüpi aparaatidega, mille kiirgus sisaldab suurel hulgal väikese läbitungimisvõimega nn. pehmeid kiiri. Pehme kiirgus absorbeerub peamiselt nahas ja keha pindmistes kihtides. Kiirguse selle komponendi kõrvaldamine poleks raskc, kuid röntgeniläbivalgustustel ei kasutata kaitse-



Joonis 2

kindaid. Töötamine toimub katmata kätega kiirgusallika läheduses otse kiirtekimbus. Ka röntgenoloogid palpeerivad uuritavat mõnel skiaskopeerimisel kinnastamata käega, kuid olukord neil puhkudel on siiski erinev. Esiteks tabab röntgenoloogi kätt uuritava keha poolt filtritud kiirgus, mis sisaldab märksa vähem pehmet komponenti ja teiseks ei ole kiirituse toime siin nii kestav kui kirurgiliste protseduuride ajal.

Kirurgide käte nahk on üldiselt tundlikum kiirguse kahjustava toime suhtes. Käte desinfitseerimine operatsioonide eel kahjustab nahka tunduvalt ja soodustab omalt poolt kiirituse toime ilmutumist.

Tekib küsimus, miks kiirituskahjustusi esineb ainult osal kirurgidest. Võib öelda, et märgatavaid muutusi ei leidu peamiselt väikese tööstaažiga kirurgidel. Teatavasti oleneb kiirituskahjustuste ilmutumine ja ulatus organismi või selle teatud piirkonda tabanud kiirguse doosist. Seepärast võib oodata ka noortel muutuste teket, kui senist praktikat jätkatakse. Teiseks etendab kiirituse toime avaldumisel veel tähtsat osa individuaalne tundlikkus, mis võib kõikuda üsna suurtes piirides. Kiirguse suhtes resistentsematel arstidel on muutused vähemad või koguni märkamatud. Üldise reeglina on naiste nahk kiirguse suhtes tundlikum kui meestel, blondidel tundlikum kui brünettidel.

Kuigi esitatakse andmed pärinevad ainult Tartust, võib arvata, et kirurgide tööstiil on taoline ka meie vabariigi teistes raviasutustes. Seepärast on küsimus vägagi pakiline ja nõuab koheseid samme edasiste kahjustuste vältimiseks. Selleks tuleks astuda järgmisi samme:

1. Kirurgilistes osakondades tuleks keelata läbivalgustuste teostamine palatitüüpi röntgeniaparatuuridega. Fraktuuride ja luksatsioonide korvastamisel ning kudetest võõrkehade kõrvaldamisel võib kontrolli teostada ainult röntgenogrammide põhjal. Röntgeniläbivalgustust operatsioonide puhul võiks lubada ainult äärmistel juhtudel ja ka siis peaks läbivalgustus olema ajaliselt piiratud.

2. Arstidel, kel kiirituskahjustused juba esinevad, tuleks keelata igasuguste röntgenoloogiliste protseduuride tegemine ja allutada nad kohustuslikule arstlikule kontrollile, sest tegemist on prekantseroosete seisunditega.

Kestvamaid röntgeniläbivalgustusi tuleb piirata mitte üksnes uuriva arsti tervise huvides, vaid ka uuritava haige organism saab sel puhul asjatult suure doosi kiirgust. Kuigi see ei kuulu enam käesoleva küsimuse raamidesse tahaksime seoses eespoolöelduga märkida, et oleks aeg kõne alla võtta asjatute röntgendiagnostiliste protseduuride piiramise küsimus, eriti lastel ja rasedatel.

Лучевые поражения рук у хирургов

К. Виллако

Резюме

Среди хирургов, работающих в Тарту, на руках обнаруживались признаки хронических лучевых поражений: у некоторых из них — в сильно выраженной форме. Причиной этого являются проводимые хирургами во время операций рентгеновские просвечивания без применения при этом защитных мер.

Во избежание развития дальнейших повреждений необходимо заменить рентгеновские просвечивания приготовлением рентгенограмм; а врачам, уже имеющим поражения, запретить проведение всяких рентгенологических процедур. В дальнейшем они должны подвергаться обязательному врачебному контролю.

Bensiini aspiratsioonist tingitud pneumooniatest

A. Vapra

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, kateedri juhataja kt. arstiteaduse kandidaat L. P ä i)

Bensiini aspiratsioonist tingitud pneumoonia on võrdlemisi haruldane. See tekib peamiselt autojuhtidel või garažitöötajatel, kes bensiini imemiseks kasutavad kummivoolikuid. Bensiin, sattudes hingamisteedesse, tekitab põletikulise protsessi. Pneumoonia, mis tekib bensiini kopsu sattumisel, on toksikokeemiline; hiljem lisandub sellele veel nakkus. Aspiratsioon, millega kaasub ka veel bensiini neelamine, võib tekitada üldise mürgistuse.

Kodumaises literatuuris on eespoolmainitud pneumooniate kohta olemas mõningad tähelepanekud, nagu Dubiini (1), Bitšunskaja (2), Gubanovi (3) ja Raševskaja (4) artiklid.

Eelmainitud autorid märgivad, et bensiinipneumooniale on tüüpiline järsk algus. Haigusprotsess lokaliseerub sagedamini paremas kopsus, kusjuures haigusprotsessist on haaratud peamiselt kesksagar. Haigusprotsess on koldelise iseloomuga, mõnikord ka pseudolobaarne. Täheldatakse ka verist röga.

Gubanov (3) märgib, et pärast bensiini sattumist hingamisteedesse on veel teatud «heaoluperiood» enne, kui ilmnevad haigusnähud kopsudes. Autori tähelepanekutel kestab «heaoluperiood» 8—9 tundi.

Vaatleme nelja bensiinipneumoonia juhtumit.

1. Haiguslugu nr. 425 — 1956. a. 34-aastane mees J. K., elukutselt autojuht. Haige on voolikuga bensiini imedes tõmmanud seda kopsu. See toimus 6. aprillil kella 13.00 ajal. Paar tundi hiljem tundis ta valusid vasakul rindkere alumises osas, tekkisid külmavärinad ja uimasus.

Haige seisund oli kliinikusse saabumisel raske. Esines hingeldus, temperatuur oli 38,8°. Perkutoorselt paremal taga II—VIII torakaallüli kõrgusel lühenenud koputlusköla, ees paremal kogu kopsu ulatuses lühenenud koputlusköla, selles piirkonnas nõrgenenud hingamiskahin. Südame talitlus regulaarne, pulss rahuldava täitumusega, 98 korda minutis, RR 120/85 mm Hg. Rindkere röntgenoskoopia (9. aprillil). Rindkere mõlema poole siinustes leidis vähene vedelikukogum. Paremal allväljas esines peaaegu homogeenne varjustus, mille kraniaalne piir selge, kaudaalne piir sulas kokku diafragmaga. Transversaaalses kiirtekäigus kolmnurkne varjustus, mis asus kesksagaras.

16. aprillil röntgenoskoopilisel uurimisel intrapulmonaalseid muutusi enam ei täheldatud.

Veri (7. aprillil): SR — 5 mm 1 tunnis Pantšenkovi järgi. Hgb 84%. Er. 4 300 000. Lk. 20 000. Valgeverepilt: keppt. 28, segmentt. 51, lümfots. 14, monots. 7.

8. aprillil: SR — 15 mm 1 tunnis. Lk. 8850. Valgeverepildis eosinof. 4, keppt. 7, segmentt. 63, lümfots. 24, monots. 2.

Röga (9. aprillil): limane, mädane, preparaadis grampositiivseid diplokokke, BK — negatiivne.

Temperatuur langes 5 päeva vältel lüütiliselt ja haige paranes hästi.

Ravi: kliinikusse saabumisel tehti maoloputus, manustati *Ol. camphorati* 20% 2,0 ja penitsilliini 14 päeva vältel ülddoosina 4 500 000 ühikut.

Seega näeme, et antud juhul oli tegemist raske haigusjuhtumiga, mis aga reageeris hästi penitsilliinravile ja haige lahkus haiglast 15 päeva järel heas üldseisundis.

2. Haiguslugu nr. 1431 — 1956. a. 19-aastane noormees K. K., garaažitöeline.

25. novembril kella poole üheteistkümne paiku bensiinipaagi avamisel oli paiskunud haigele etüleeritud bensiini näkku, ja et patsiendi suu oli lahti, siis sattus bensiini kopsudesse ning makku. Pärast bensiini sattumist hingamisteedesse tekkis tugev köha, mis kestis pool tundi. Samaaegselt esines ka peapööritus ja uimasus.

Haige suunati kohe kliinikusse, kus täheldati tugevat köhaärritust, kopsude uurimisel perkutoorselt ja auskultatoorselt patoloogilist leidu ei esinenud. Tehti maoloputus ja süstiti kordiamiini.

Kella 15.00 paiku haige kaebab pisteid rindkeres ja hingamise raskenemist.

Objektiivsel uurimisel võis täheldada parema kopsu alumises ja vasema kopsu keskmises osas tagaküljel krepitatsioone.

Temperatuur 39°. Pulss 120 korda minutis, südametonid puhtad.

Rindkere röntgenoskoopia (27. novembril). Parema hemitoraksi kohal homogeenne intensiivne varjustus, mis ulatus eesmiselt 3. interkostaalruumini. Dorsaalsetl oli varjustus tunduvalt madalam. Vasakul oli pleuraõõnes vähesel määral vedelikku. Vasemal oli parakardiaalselt infiltratiivne varjustus koldelise struktuuriga.

Rindkere röntgenoskoopia (4. detsembril). Vasakus ja paremas pleuraõõnes esines veel vähene vedelikukogus. Parema pleuraõõne allväljas leidis laialdane vöötjaskoldeline varjustus, mis lokaliseerus peamiselt kesksagaras. Vasemal parakardiaalselt intrapulmonaalne varjustus oli vähenenud ja muutunud vöötjaks.

Veri (26. novembril): SR — 20 mm 1 tunnis Pantšenkovi järgi. Hgb — 84%. Er. — 4 460 000. Lk. 30 000. Valgeverepilt: keppt. 9, segmentt. 83, lümfots. 5, monots. 3.

28. novembril: Lk. 16 100. Valgeverepildis keppt. 11, segmentt. 66, lümfots. 16, monots. 7.

7. detsembril: SR — 32 mm 1 tunnis. Lk. 8650. Valgeverepildis eosinof. 7, keppt. 1, segmentt. 60, lümfots. 27, monots. 5. Röga kogu haiguse vältel ei eritunud.

Temperatuur langes 6 päeva järel lüütiliselt. 14 päeva vältel süstiti penitsilliini üldkuurina 6 300 000 TŮ ja glükoosi koos C-vitamiiniga. Haiglaravi kestis 14 päeva.

Seega näeme, et antud juhul oli tegemist raske kahepoolse koldelise pneumoonilise protsessiga, kusjuures esines ka kahepoolne eksudatiivne pleuriit.

3. Haiguslugu nr. 833, 1955. Haige L. A. 43-aastane mees, elukutselt autojuht.

9. augusti hommikul aspireeris kogemata hingamisteedesse etüleeritud bensiini vähesel hulgal. Umbes 3 tundi hiljem tundis valusid vasemal pool rindkeres ja uimasust. Mõni tund hiljem tekkis kõrge temperatuur, hingeldus ja köha. Kohalikult haiglas tehti patsiendile maoloputus, manustati penitsilliini ja südamevahendeid ning suunati 11. augustil edasi Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda.

Saabumisel oli haige kehatemperatuur 38,2°C, üldseisund keskmine. Kopsude perkuteerimisel paremal pool ees leidis parakardiaalselt vähene relatiivne tumestus; auskulteerimisel paremal pool ees parakardiaalselt karenenud hingamiskahin. Südame- ja veresoontesüsteemis patoloogilisi kõrvalekalduisi ei leidunud.

Rindkere röntgenoskoopia (11. augustil): paremal parakardiaalselt inhomo-geenne õrn infiltratiivne varjustus. 16. augustil eelmainitud varjustus püsis veel vähesel määral.

Veri (11. augustil). SR — 25 mm 1 tunnis Pantšenkovi järgi. Hgb 81%. Lk. 18 000. Valgeverepildis metamüelots. 1, keppt. 7, segmentt. 66, lümfots. 16, monots. 8.

Rõga (11. augustil) kollakas, mädane, BK — negatiivne. Temperatuur langes kriitiliselt 12 tunni jooksul, kuid kahe päeva vältel püsis veel subfebrilsetel väärtustel ja siis normaliseerus.

Raviks manustati penitsilliini 2 100 000 ühikut 5 päeva vältel.

Tegemist oli kergema juhuga, kus esines parempoolne koldeline pneumoonia, mis tekkis mõni tund pärast bensiini sissehingamist ja allus hästi penitsilliinravile.

4. Haiguslugu nr. 1295 — 1957. a. meeshaige K. A. 24. a. vana, elukutselt autojuht.

Haigestus 20. septembril kella 15 ajal, kui tõmbas voolikuga imedes suhu bensiini, mis sattus hingamisteedesse ja makku. Patsient hakkas kõhima ja oksendama.

Kaks tundi hiljem tekkisid külmavärinad ja pisted vasemal pool rindkeres. 22. septembril patsient hospitaliseeriti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda.

Objektiivsel uurimisel oli üldseisund rahuldav; parakardiaalselt esines vasakul pool ees kerge perkutoorne tumestus, paremal pool taga kopsu alumises osas võis kuulda kõhimisel väikesemullilisi raginaid. Temperatuur 38,5°C.

Südame- ja veresoonte süsteemis patoloogilist leidu ei olnud.

Tooraksi röntgenoskoopia (23. septembril). Vasakul pool parakardiaalselt 3 roidevahemiku kõrgusel üsna tsentraalselt õrn varjustus, paremal allvälja kõrgusel leidis parakardiaalselt laadunud koldeid.

Leid: *Focus infiltrativus lobi superioris paracardialis pulm. sinistri. Foci confluentes lobi inferioris pulmonis dextri.*

27. septembril teostatud läbivalgustusel esines parakardiaalselt veel tugevnenud kopsujoonis, selgeid koldeid enam ei leidunud. Vasakul oli kolle parakardiaalselt kadunud.

Veri (23. septembril). SR — 20 mm 1 tunnis Pantšenkovi järgi. Hgb 84%. Er. — 5 870 000. Lk. 11 950. Valgeverepilt: segmentt. 70, lümfots. 23, monots. 7.

26. septembril: SR 9 mm 1 tunnis. Lk. 9 600.

Uriin (23. septembril) kuldkollane, hägune, valku — 0,033%. Urobiliin ja urobilinoogen positiivsed. Mikroskoopiliselt: Lk. 1—3—5, rohkesti erütrotsüütide varje.

26. septembril patoloogilisi leide enam ei esinenud.

Temperatuur langes lüütiliselt 2 päeva jooksul ja haige paranes.

Manustati penitsilliini 5 päeva vältel kokku 1 350 000 TÜ.

Antud juhul esines kahepoolne koldeline pneumoonia ja samuti kerge neerude kahjustus koldelise nefriidi näol, mis kiiresti möödus.

Haigusprotsess reageeris penitsilliinravile ja infiltraadid resorbeerusid kiiresti. Patsient viibis haiglas 5 päeva.

Bensiinipneumooniate teke on seotud bensiini aspiratsiooniga. Enne kliiniliste nähtude teket esines lühike latentne periood — kaks kuni kolm tundi. Haigus algab äkki valudega rindkeres, mis näitab, et haigusprotsessist on haaratud ka pleura.

Vaatamata sellele, et rasked haigusnähud esinesid kohe algul, reageerisid eelpoolmainitud pneumooniahaiged kiiresti penitsilliinile.

On oluline selgitada automajandite töötajatele, et voolikuga bensiini imemine on ohtlik, sest sattudes siseelunditesse võib bensiin esile kutsuda raskeid seisundeid.

Nagu näeme eeltoodust ja kirjanduse andmeist [Gubanov (3)], alluvad need pneumooniahaiged hästi ravile sulfaniilamiidide ja antibiootikumidega, mille tõttu võib neid edukalt ravida igas haiglas.

KRJANDUS

1. Дубинин В. Д. Сов. медицина, 1955, 6, 61—62. — 2. Бичунская Е. И. Терапевт. архив 1954, выпуск 2, 79—84. — 3. Губанов В. И. К клинике бензиновых пневмоний, Военно-медицинский журнал 1956, 1, 38—40. — 4. Рашевская А. М. Промышленная токсикология 1939, 2, 69—72, (цит. по Дубинину).

Аспирационная пневмония от бензина

А. Ванра

Резюме

Пневмония, возникновение которой связано с засасыванием бензина, встречается редко. В нашей практике мы наблюдали четыре случая такой пневмонии, из них два были с тяжелым и два с легким течением болезни. После проведенного лечения все больные выздоровели.

MAO LÜMFOGRANULOOMI JUHTUM

K. Valgma ja N. Sachris

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg)

Mao lümfogranulomatoosi kliiniline pilt erineb mõnevõrra teistest lümfogranulomatoosi vormidest. Seedetrakti häiretele viitavad kaebused, nagu valud kõhus, meteorism, kõhulahtisus, mitmesugused düspeptilised vaevused ja perifeersetes lümfisõlmede suurenemise puudumine, subfebrilne kehatemperatuur, leukopeenia, maksa ja põrna suurenemine põhjustavad sageli eksidiagnoose kõhutüüfuse, brutselloosi, kolangiidi, maovähi, maksaabstsessi, kroonilise apenditsiidi jt. näol. Perifeerse vere pilt abdominaalse lümfogranulomatoosi puhul on sageli normaalne või ebatüüpiline ega võimalda teha kindlaid diagnostilisi järeldusi.

Lümfogranulomatoosne kude võib infiltreerida mao ja soolte seinu, põhjustades mao või soolte perforatsiooni ja verejooksu ning meenutada nii röntgenoloogiliselt kui ka kliiniliselt seedetrakti pahaloomulist kasvajat.

Kirjeldame abdominaalse lümfogranulomatoosi juhtu, kus esimesed viited haigusprotsessi kohta saadi mao röntgenoskopeerimise abil.

30-aastane mees K. A. hospitaliseeriti 15. 01. 59. a. Tartu Linna Arstliku Kehakultuuri Dispanseri Statsionaari. Ta kaebas rõhitisi, kõrvetisi, istutust ja valusid vasemal ülakõhus. Vaevused olid kestnud umbes 5 aastat. Viimase aasta jooksul vähenes patsiendi kaal 4 kg võrra. Patsiendil on ambulatoorselt diagnoositud korduvalt gastriiti ja seda vastavalt ravitud.

Objektiivse uurimise andmed: haige toitumus veidi alla rahuldava, perifeersed lümfisõlmed pole suurenenud. Ülakõhu palpatsioon valulik, patoloogilisi resistsusi ei sedastatud. Vereanalüüs: Hgb 70%, leukotsüüte 6500, SR 10 mm/t, valemis eosinofiilseid leukotsüüte 2%, kepptüumalisi 1%, segmenttüumalisi 60%, lümfootsüüte 35%, monotsüüte 2%. Uriin normis. Faeces normis. Maomahla fraktsioneeritud analüüsis maksimaalsed happeväärtused — väba HCl 36, üldhappesus 76. Teostati mao röntgenoskoopia, mille leid osutus järgmiseks: mao väikesel kõverikul *angulus*'e piirkonnas kausikujuline täitumisdefekt, milles on kontrastaine depoo. Limaskestal reljeef *angulus*'e ja *antrum*'i piirkonnas korrapärase, looklev, kohati munakivisillulise taoliselt vohandiline. Peristaltika kirjeldatud piirkonnas pindmine. Röntgenoloogiline diagnoos: *Degenerative maligna ventriculi* (vt. röntgenogramm). Gastroskoopiline leid: mao väikesel kõverikul, rohkem tagaseinal tumeroosne vohand, mis on mittepõletikuline ja ebatüüpiline *cancer*'ile. Teostatud uuringute põhjal jäi püsima kahtlus mao pahaloomulise kasvaja võimalusele ja tehti laparotoomia. Operatsioonil leiti mao väikesel kõverikul väikese kanamuna suurune moodustis. Väikesel rasvikul ja retroperitoneaalaruumis rohkesti pähkli- kuni poole kanamuna suuruseid kõva konsistentsiga sõlmi. Mao väikeselt kõverikult võeti 2 lümfisõlme patoloogilis-histoloogiliseks uuringuks. Diagnoositi inoperaabelset kartsinoomi ja kõhuõõs suleti. Patoloogilis-histoloogiline uuring kõhuõõnest võetud materjalist ei kinnitanud vähi diagnoosi. Sedastati retiikuloendoteliaalsete rakkude vohangut lümfisõlmedes.

Patsient suunati koju korraldusega ühe kuu pärast pöörduda uuringuteks Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda. 20. 02 59. a. haige saabuski

haiglasse. Tema enesetunne oli rahuldav. Esines subfebrilne kehatemperatuur, supraklavikulaarsed, aksillaarsed ja ingvinaalsed lümfisõlmed olid suurenenud. Teostati biopsia supraklavikulaarsetest lümfisõlmedest. Patoloogilis-histoloogiline diagnoos oli: *Lymphogranulomatosis*.



Joon. 1. Mao sihtülesvõte. Mao väikesel kurvatuuril on sedastatav teravalt piirdunud täitumisdefekt, mille keskel on ebamäärase kujuga kontrastaine depoo.

Kirjelatud haigusjuht näitab, et abdominaalse lümfogranulomatoosi diagnoosimine võib osutuda mõnikord küllalt raskeks ülesandeks, kusjuures otsustava tähtsusega on proovilaparatoomia ja patoloogilis-histoloogiline uuring. Röntgenoloogidele on esitatud juhtum kahtlemata kasuistika, mis tõendab, et tuumor maos ei ole alati ekvivalentne kartsinoomiga.

Случай лимфогрануломы желудка

К. Валгма и Н. Сахрис

Резюме

Абдоминальная форма лимфогрануломатоза до некоторой степени отличается от прочих форм лимфогрануломатоза. Абдоминальная характеризуется наличием различных диспептических явлений, субфебрильной температуры, отсутствием увеличения периферических лимфатических узлов, лейкопений, увеличением печени и селезенки. Картина периферической крови часто остаётся нормальной. Абдоминальный лимфогрануломатоз, особенно в изолированной форме, может напоминать, как на основании клинической картины, так и рентгеноскопически злокачественную опухоль.

Описывается случай абдоминального лимфогрануломатоза, при котором первые указания на наличие этого заболевания получены при рентгеноскопии.

30-летнего мужчину госпитализировали в хирургическое отделение городской клинической больницы с жалобами, характерными для гастрита. На основании рентгеноскопического и гастроскопического исследований диагностирована злокачественная опухоль желудка. Больной был направлен на оперативное лечение. При операции сделали заключение, что в данном случае имеет место неоперабельный рак желудка. Дальней-

шее пато-гистологическое исследование ткани лимфатического узла, взятой при операции с малой кривизны желудка, не подтвердило диагноза рака желудка. По истечении одного месяца у больного было обнаружено увеличение периферических лимфатических узлов. Произвели биопсию из надключичных лимфатических узлов. При этом пато-гистологический диагноз был лимфогрануломатоз.

Приведённый случай является казуистическим в рентгенологии, показывающий, что опухоль желудка не всегда идентична с раком желудка.

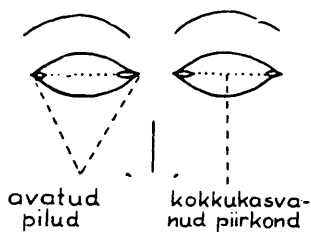
Kaasasündinud *ankyloblepharon'i* juhtum

E. Ester

(Mõisaküla haiglast, peaarst V. P o m m e r)

Ankyloblepharon'i all mõeldakse silmalaugude osalist või täielikku kokkukasvamist. Eristatakse kaasasündinud või omandatud *ankyloblepharon'i*.

Mõisaküla haiglas sündis 6. XI 1959. a. 36-aastane S. M. tütarlaps (kaal 2600 g, pikkus 47 sm, pea ümbermõõt 33 sm). Emal oli see teiseks sünnituseks. Esimene sünnitus oli 6 a. tagasi, mil sündis normaalselt arenenud ja terve tütarlaps. Ämmaemand, teostades vastsündinule blennor-



röa profülaktikat, märkas, et lapse silmalaud ei avane vaatamata sõrmedega kaasaaitamisele. Lähemal vaatlusel selgus, et on tegemist mõlema silma laugude kokkukasvamisega. Vastsündinul muid patoloogilisi kõrvalekalduisi ei esinenud. Väliselt olid silmad normaalselt arenenud, kuid keskmine laugude osa oli sidekoeliselt kokku kasvanud. Mediaalselt oli silmalaugude pilu umbes 2 mm pikkuselt avanenud ja lateraalselt leidis laugudes umbes 0,5-mm auguke. Ripsmed puudusid. Valguse juhtimisel silmadele reageeris vastsündinu kulmude kortsutamise (vt. joon.).

Lapse kaaluivie oli normaalne. Varem perekonnas silma väärarenguid ei esinenud. Samuti tundis ema ennast raseduse ajal hästi. Viimane menstruatsioon oli emal 20. veebruaril 1959. a.

7 nädala vanuselt viibis laps Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas ravil. Kliiniliseks diagnoosiks oli: *Ankyloblepharon filiforme adnatum*. 29. detsembril 1959. a. avati lapse laud operatiivselt.

Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta.

Objektiivselt oli nägemisaparaat patoloogiliste leidudeta. Laps on praegu kodus. Häireid silmade osas ei esine. Meil käepärast olevas kirjanduses esineb selliste juhtumite kirjeldusi harva.

О врождённом анкилоплефароне

Э. Эстер

Резюме

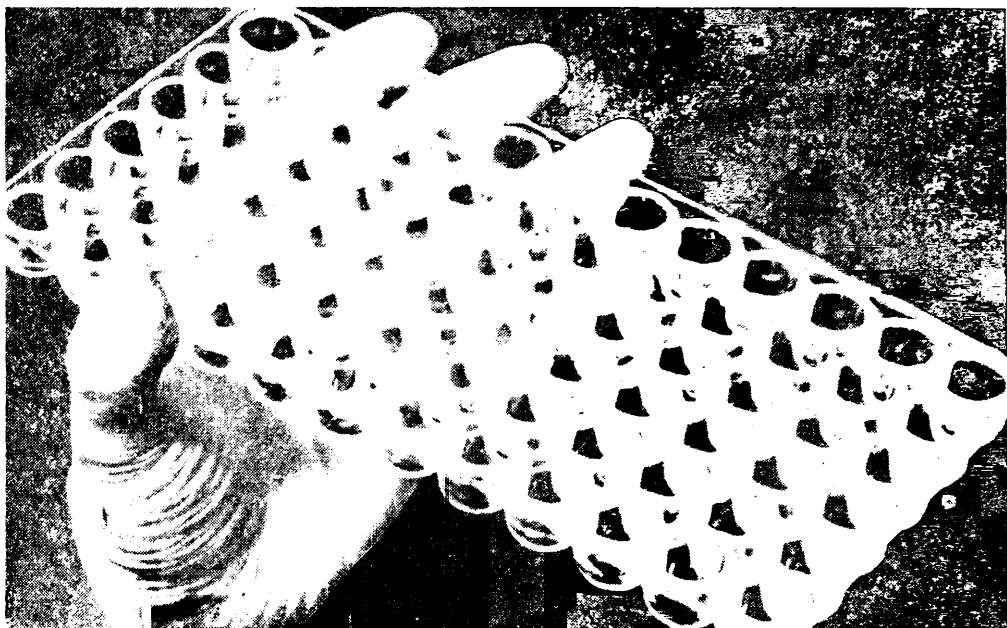
В ноябре 1959 года в Мыйзакюлаской больнице родилась девочка, у которой при проведении профилактики бленорен было обнаружено частичное сращение век обоих глаз. При наружном осмотре глаза казались нормально развитыми, но средняя часть

век была сращена (с медиальной стороны было приблизительно 2-миллиметровое, а с наружной — 0,5-миллиметровое отверстие); ресниц не было. На яркий свет ребёнок реагировал сморщиванием лица. Других отклонений от нормального развития не оказалось.

В декабре 1959 года в Тартуской республиканской клинической больнице девочке произвели операцию, которая прошла без осложнений. Глаза оказались здоровыми и нормально развитыми. В настоящее время ребенок находится дома, расстройств со стороны глаз не отмечается.

UUT LABORATOORSES TEHNIKAS

Alates käesoleva aasta algusest kasutab Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogia laboratoorium mitmesugusteks seroloogilisteks reaktsioonideks (neutralisatsiooni, aglutinatsiooni reaktsioonid) läbipaistvast värvitust plastmassist — polüsteroolist — valmistatud katsuti põhja kujuliste lohukestega plaate. Plaatide pikkus on 22 sm, laius 11,2 sm. Plaadis on 72 katsuti põhja kujulist lohku, millede igauhe diameeter on 1,5 sm, sügavus 1,5 sm. maht 2,4 ml (vt. pilt).



Neid plaate võib kasutada väga mitmesugusteks reaktsioonideks nii mikrobioloogilises, kliinilis-laboratoorses, kui ka keemilises praktikas.

Polüsterool kannatab kuumutamist kuni 80°-ni, sellest kõrgemas temperatuuris plaat deformeerub. Hapete ja aluste suhtes on materjal võrdlemisi resistentne. Plaat võib desinfitseerida harilike lahustega. Steriliseerida on neid soovitav alkoholi ja ultraviolettkiirte abil (kvartslambiga). Plaatide pestakse tavalises korras.

Polüsteroolist plaadid võimaldavad tunduvalt lihtsustada ja kiirendada tööprotsesse laboratooriumides, nõuavad mitu korda vähem ruumi kui vastav arv statiive ja katsuteid; neid on lihtsam puhastada kui katsuteid; plaadid ei purune.

Ülalkirjeldatud plaate toodab tehas «Estoplast» Tallinnas, kust kõik laboratooriumid neid võivad piiramatul arvul saada.

V. Tapupere

NÕUANNET JURIIDILISTES KÜSIMUSTES

A. Kaldma

(ENSV Tervishoiu Ministeeriumi juriskonsult)

1. Küsimus: Kuidas makstakse töötasu meditsiinitöötajaile tervistkahjustavatel töödel?

Vastus: Meditsiinitöötajail, kes saavad töötasu NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 12. augusti määruse nr. 1455 alusel ja töötavad tervistkahjustavates tingimustes, on õigus saada lisatasu 15—30% põhisust vastavalt töö iseärasustele.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 22. oktoobri 1955. a. juhendis on toodud töötajate nimekiri, kellel on õigus saada ülalmainitud palgalisa.

15% palgalisa makstakse:

a) ägedaid nakkushaigusi põdevate haigete, vaimuhaigete, lahtise vormiga tuberkuloosihaigete, laste-epileptikute ja luutuberkuloosihaigete laste raviks määratud meditsiinasutuste osakondade, punktide, palatite ja isolaatorite töötajatele, arstidele-epidemioloogidele ja nende abidele, linnade ja rajoonide psühhiaatriatele, kohtumeditiinilise ja kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi, lahkamis- ja surnukambrite, luposooriumide, väävelvesiniku- ja mudavannide töötajatele, pidevalt ja vahetult radioaktiivsete ainete ja ioniseeritud kiirguse allikatega töötavatele röntgeni- ja raadiumikabinettide, fluorograafiliste sisseseadetega röntgenikabinettide töötajatele; ultrakõrgsagedusega meditsiiniliste generaatoritega töötajatele, kes kogu töötaja kestel viibivad ultrakõrgsageduse mõjupiirkonnas; töötajaile kessonides, barokambrites, maa-alustes tervishoiupunktidest, ägedaid nakkushaigusi põdevate haigete veoga tegelevatele töötajatele, desinfektoritele ja desinfektsiooni instruktoritele, seerumvaktsiinide tootmise alal töötajatele, välja arvatud leetrivastase seerumi tootmisega tegelevad töötajad;

b) õdedele-kasvatajatele, kes töötavad kuulumis- ja kõnedefektidega lastegruppidega või -sõimedes ja väikelastekodudes;

c) väikelastekodude, lastesõimede ning lastesanatooriumide ja gruppide töötajaile, kes teenindavad kroonilist düsenteeriat põdevaid lapsi;

d) sanitaar- ja epidemioloogiaasutustes makstakse 15% lisatasu sanitaar- ja epidemioloogia jaamade laboratooriumide ja osakondade juhatajatele juhtudel, kui nad on ainsad arstid-epidemioloogid, sanitaar-epidemioloogia jaamade eriti ohtlike nakkuste bakterioloogiliste osakondade ja jaoskondade juhatajatele, arstidele-bakterioloogidele, sanitaar-epidemioloogia jaamade bakterioloogia laborantidele, sanitaar- ja epidemioloogia jaamade bakterioloogiliste osakondade laboratooriumide preparaatoritele, laborantidele ja sanitaridele, sanitaar-epidemioloogia jaamade ja desinfektsioonijaamade desinfektsiooniosakondade juhatajatele, laborantidele, desinfektsiooni, deratisatsiooni ja desinsektsiooni alal (välja arvatud profülaktilise desinfektsiooni osakondade ja jaoskondade juhatajad), sanitaarkarantiini ja sanitaarkontrolli osakondade juhatajatele; töötajatele, kes tegelevad antiraabiliste vaktsiinide tootmisega, pidevalt malaariapiirkondades töötavatele instruktor-bonifikaatoreile ja bonifikaatoreile;

e) raadiumkümblustega tegelevatele vannitajatele ja meditsiiniõdedele.

Röntgenikabinettide töötajaile, kes teenindavad nakkus-, tuberkuloosi- ja psühhoneuroloogilisi haigeid, makstakse ainult 15% palgalisa, kes aga teenindavad rahutuid psühhoneuroloogilisi haigeid — 30%.

Raviasutusteks ja nende osakondadeks, mille töötajatele makstakse palgalisa, loetakse:

a) haiglad, Isamaasõja invaliidide hospitalid, instituutide kliinikud, üldhaiglate ja polikliinikute ajutised statsionaarid, osakonnad, palatid ja kabinetid, mis on määratud eranditult ägedate nakkushaiguste (nakkushaiguste, tuberkuloosi, selle hulgas ka luutuberkuloosi) ja vaimuhaigete raviks;

b) tuberkuloositõrje ja psühhoneuroloogia dispanserid ja nende juures olevad statsionaarid;

c) lahtise (aktiivse) vormiga tuberkuloosahaigete ja luutuberkuloosahaigete sanatooriumid.

Psühhoneuroloogiahaiglates, -kliinikutes, -dispanserites, sanatooriumides, nende osakondades ja kabinettides, samuti üldhaiglate osakondades ja kabinettides, mis on määratud vaimuhaigete raviks; vaimuhaigete kolooniates, vaimuhaigete ravitöökodades ja -majandeis makstakse palgalisa järgmistele töötajatele:

a) kõigi erialade arstidele;

b) keskmisele ja nooremale meditsiinipersonalile, õdedele-pere-naistele ja meditsiiniregistraatoritele.

15% või 30% palgalisa makstakse töötajaile, kes tegelevad nakkus-, tuberkuloosi- ja vaimuhaigete teenindamisega (kaasa arvatud töö vastuvõturuumis) või tööga epideemiakolletes ja ägedate nakkushaigustega nakatatud materjalide uurimisega mitte vähem kui pool aega oma tööaja normist kuus.

Töötülide komisjonil ei ole õigust otsustada, kas töötajale on ette nähtud palgalisa, kuid komisjonil on õigus läbi vaadata töötajate avaldused 15% või 30% palgalisa nõudmise suhtes.

2. Küsimus: Kas meditsiinitöötajad on õigustatud saama pensioni väljateenitud aastate eest?

Vastus: Pensioni väljateenitud aastate eest meditsiinitöötajatele määratakse arstidele ja teistele meditsiinitöötajaile kes omavad tööstaazi linnas 30 a. ja maal ning linnatüüpi asulates 25 aastat. Väljateenitud aastate eest määratakse pensioni 40% palgast.

Väljateenitud aastate eest makstava pensioni maksimaalne määr võib olla 1200 rubla ja minimaalne määr 300 rubla.

Pensionid väljateenitud aastate eest arvutatakse kõigil juhtudel töötasumäärast või palgast viimase ametikoha järgi, mis annab õiguse pensionile väljateenitud aastate eest enne pensioni taotlemist.

Väljateenitud aastate eest määratavate pensionide arvutamisel arvestatakse põhitöötasu määra (palka) või tegelikult saadavat määra (palga) osa ilma lisanditeta ja täiendavate juurdemakseteta.

Kui töötaja põhitöökohal ei saa täit tasu (kui ei oma täit kohta) ja töötas kohakaasluse alusel, mis annab õiguse saada pensioni väljateenitud aastate eest, siis arvutatakse pensioni tema töötasu üldsummast, kuid mitte rohkem kui kõrgema ametikoha täistöötasu määrast.

Kui töötajad saavad pensioni väljateenitud aastate eest ja töötavad edasi, siis pension ja töötasu koos ei tohi ületada 2000 rubla kuus.

Kui pension ja töötasu ületab 2000 rubla kuus, siis vähendatakse pensioni nii, et pension ja töötasu üldsumma ei ületaks 2000 rubla.

Uus kord pensioni maksmiseks väljateenitud aastate eest hakkas kehtima 1. jaanuarist 1960. a. (NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 17. detsembrist 1959. a. nr. 1397).

3. Küsimus: Kuidas makstakse kompensatsiooni noorele arstile, kes suunatakse tööle pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist?

Vastus: Arstile, kes suunatakse tööle pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist makstakse: töötaja enda ja tema perekonnaliikmete sõidu- ning kraamiveo kulu. Kraamiveo kulu tasutakse kuni 240 kg eest töötaja enda ja iga ümberasuva perekonnaliikme kohta 80 kg eest. Päevaraha teel viibimise aja eest $\frac{1}{30}$ töötasust uue töökoha järgi, kuid mitte vähem kui 2,5 rubla ja mitte üle 10 rubla päevas. Toetusraha makstakse töötajale poole kuu palga suuruses ja igale ümberasuvale perekonnaliikmele veerand töötaja enda toetusrahast. Noor spetsialist on kohustatud nimetatud summad tagasi maksma, kui ta ei ilmunud tööle või kui ta ilma põhjusega ütles töökohast ära; kui ta enne kolme aastat lahkub omal soovil või vabastatakse töödistsipliini rikkumise pärast.

4. Küsimus: Lõpetasin 1957. a. kaheaastased Punase Risti Seltsi õdede kursused ja mulle omistati õe kutse koos keskharidusega. Töötan praegu kirurgiaosakonna vanemõena. Kas mul on õigus saada vanemõe tasu?

Vastus: Teie töötasu tuleb tarifytseerida NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 12. augusti määruse nr. 1455 II osa «Meditsiiniliste asutuste keskmine ja noorem personal» p. 1 järgi.

5. Küsimus: Kas maaajaoskonna arst on kohustatud jaoskonnas viibima ka pärast tööpäeva lõppu ja puhkepäevadel? Kas maaajaoskonna arstile on ette nähtud sama töötundide arv kui teistel?

Vastus: Maa-arstijaoskonna juhataja töötab normeerimata tööajaga. Kui väljaspool tööaega esinevad vältimata abi juhud, tuleb abi anda.

6. Küsimus: Olen lõpetanud 8-kuulised med. õdede kursused. Enne kursustele asumist omasin keskhariduse. Kas mul on õigus töötada meditsiini aseõena, palgaga rbl. 375 kuus invaliidide kodus?

Vastus: Kui te töötate meditsiiniõe kohal ning ei oma lõpetatud keskmehitsiinilist haridust, kuid tulete oma tööülesannetega toime, ei ole alust teid vallandada.

7. Küsimus: Kas ämmaemanda diplomiga ajutiselt meditsiiniõe ametikohal töötaval isikul on retsepti väljakirjutamise õigus?

Vastus: Meditsiiniõe ametikohal töötaval ämmaemandal ei ole õigust anda välja retsepte.

8. Küsimus: Õpin mittetatsionaarselt meditsiinilises keskkoolis, palju on mulle ette nähtud puhkust eksamite sooritamiseks?

Vastus: Meditsiinilises keskkoolis mittetatsionaarselt õppijaile on ette nähtud järgmised lisapuhkused töötasu säilitamisega:

a) esimesel ja teisel kursusel õppijatele 30 kalendripäeva igal aastal laboratoorseteks töödeks ning arvestuste ja eksamite sooritamiseks;

b) kolmandal ja järgnevatel kursustel õppijatele 40 kalendripäeva igal aastal laboratoorseteks töödeks ning arvestuste ja eksamite sooritamiseks;

c) riigieksamite sooritamise ajaks 30 kalendripäeva;

d) 10 õppekuu jooksul enne riigieksamite sooritamist on õigus saada üks tööst vaba päev igal nädalal õppuste ettevalmistamiseks. Selle aja eest tasutakse 50% saadavast töötasust, kuid mitte alla minimaalse.

Peale selle võib asutuse juhataja anda nimetatud perioodil õpilaste soovil täiendavalt 1—2 tööst vaba päeva nädalas töötasu säilitamata.

Kümnes nõupidamine parasitoloogiliste probleemide ja looduskoldeliste haiguste alal

22. kuni 30. oktoobrini 1959. a. toimus Moskvas ja Leningradis kümnes üleliiduline nõupidamine parasitoloogiliste probleemide ja looduskoldeliste haiguste alal, mille organiseerisid NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia.

Plenaaristungil ja sektiioonides esitati 405 ettekannet, mis puudutasid peamiselt õpetust looduskoldelistest haigustest.

Akadeemik J. Pavlovski iseloomustas looduskoldeliste haiguste õpetuse arenemise peamisi teid.

Professor P. Petritšova ettekanne oli pühendatud looduskoldeliste haiguste profülaktika küsimustele seoses rahvamajanduse arendamise seitsme aasta plaaniga.

Puukentsefaliidi kohta esitati rida uusi epidemioloogilisi andmeid, eriti viidati lindudele kui nakkuse reservuaaridele (V. Bolotovski, L. Gibet). Puukidest nakkusallikatena kõnelesid G. Gilmanova ja J. Fedorov koos kaastöolistega. I. Teraskihi ja tema kaastööliste ning J. Bezdenožni ettekanded olid pühendatud ornitoosi peamistele epidemioloogilistele seaduspärasustele ja nende looduslike kollete uurimisele.

Leningradi Pasteuri-nimelise instituudi kaastöölised (professor K. Tokarevitš, A. Amossenkova, A. Daiter, L. Vassiljeva ja J. Popova, esitasid rea andmeid Q-palaviku kohta. Epidemioloogiliselt oli huvitav A. Daiteri ettekanne voodilutika *Rickettsia burneti*'ga spontaanse nakatumise kohta Q-palaviku koldes.

Leptospirooside alal esitati materjale nende haiguste klassifitseerimise ja nakkuse mitmesuguste looduslike reservuaaride kohta. Suurt tähelepanu osutati leptospiroosinakkuse antropurgiidsetele kolletele.

Kaks istungit olid pühendatud tulareemiale. Professor N. Oleufjev ja O. Jemeljanova esitasid rohkesti materjale looduskoldelise tulareemia tekke peamiste seaduspärasuste ja tulareemiamikroobi muutumise kohta looduslikes tingimustes.

Katku diagnostika, epizootoloogia ja epidemioloogia ning selle nakkuse looduslikele kolletele mõjuavaldamise kohta esitati kahel koosolekul 28 ettekannet.

Suurt tähelepanu pöörati helmintoloogilisele probleemile. Professor V. Podjapolskaja esitas inimese tähtsamate helmintooside epidemioloogilise klassifikatsiooni. Rohkesti materjali esitati ka trihhinelloosi, difülobotrioosi ja ehhinokokkide looduslike kollete, helmintide bioloogia ja tõrje kohta.

Materjale patogeensete algloomade kohta esitati toksoplasmoosi, leišmanioosi jt. kõige aktuaalsemaid küsimusi käsitlevates ettekannetes.

Eesti NSV-st esitati 4 ettekannet — leptospirooside alal (G. Medinski), difülobotrioosi alal (G. Kondratjeva), trihhomoniasis alal (J. Teras) ja tulareemia alal (I. Štšerbakov, G. Medinski ja A. Safronov).

Nõupidamine näitas kujukalt, et looduskoldeliste haiguste uurimisel tuleb lähtuda teaduslikest andmetest fauna, ökoloogia, biotsenoloogia ja parasitoloogia alal. Ainult kõikide nende uurimiste süntees viib ratsionaalsete spetsiifiliste ja mittespetsiifiliste profülaktikameetodite väljatöötamisele.

G. Medinski ja
G. Kondratjeva

V üleliiduline dermato-veneroloogide kongress

Pärast 22-aastast vaheaega toimus Leningradis 14.—19. detsembrini 1959. a. V üleliiduline dermato-veneroloogide kongress. Kongressi tööst võttis osa 749 delegaati. Külalistena viibisid kongressil ka 55 arstiteadlast rahvademokraatiamaadest.

Kongressi avas NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja Kotšergin. Võitluses suguhaigustega pidas sm. Kotšergin paremateks Eesti NSV, Leningradi, Rostovi ja Novosibirski dermato-veneroloogilise võrgu töö tulemusi.

Naha- ja suguhaiguste olukorrast ja ülesannetest nende vastu võitlemisel kõneles NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi liige Zahharov, kes kriipsutas alla, et tänu profülaktilistele abinõudele on haigestumus tunduvalt vähenenud. Tervishoiuorganite ees seisab ülesanne — likvideerida lähemate aastate jooksul suguhaigused ja faavus.

Mitu kongressist osavõtnud teadlast (professor Pavlov, Koševnikov, Studnitsõn jt.) esinesid ettekannetega dermato-veneroloogiliste asutuste töö kvaliteedi tõstmise kohta.

Esitati andmeid nahahaigete dispanseerimisest Moskvas ja Leningradis. Märgitakse, et nahahaigete dispanseerimine annab häid tulemusi.

Uurimistest ja kokkuvõtetest võitluses seeneliste haigustega kõnelesid professorid Kaškin, Arievitš, Araviiski jt.

Esitati ettekandeid *lupus erythematoses*'e etioloogiast, patogeneesist ja ravist (prof. Smolov, prof. Popov Bulgaariast jt.). On leitud, et *lupus erythematoses*'e keeruline patogenees on ühenduses paljude elundite ja kudede häiretega, hõlmab kesk- ja vegetatiivset närvisüsteemi, samuti mõningaid sisesekretsiooninäärmeid (ajuripats, lisakilpnääre) jm.

Prof. Rosentul käsitles süüfilise kaasaegse ravi meetodeid. Ta ütles, et seoses uute dürantsete penitsilliinipreparaatide (ekmonovotsilliin, bitsilliin jt) ilmumisega on põhiliselt lõppenud salvarsaaniajastu ning seetõttu on vaja teha vastavaid muudatusi süüfilise raviskeemides.

Prof. Porudominski kirjeldas gonorröaravi kaasaegseid põhimõtteid ja meetodeid. Ta rõhutas, et gonorröa ravimisel jääb põhiliseks antibiootikumiks penitsilliin, mille laialdane kasutamine ei ole oluliselt vähendanud selle preparaadi terapeutilist efektiivsust.

Kroonilise gonorröa ravi peab olema kompleksne. Tuleb kasutada kõiki olemasolevaid ravimeetodeid ja vahendeid: antibiootikume, sulfaniilamiide, immuunravi, füsioteraapiat ja kohalikku ravi.

Rida ettekandeid oli pühendatud villtõve (*pemphigus*) küsimusele. AKTH, kortisooni ja teiste steroidsete hormoonide kasutuselevõtmisega on selle raske haiguse prognoos muutunud — enamikul haigetest on saavutatud kestev remissioon.

Nahahaigustesektsioonis oli hulk ettekandeid pühendatud ekseemi ja teiste dermatooside etioloogia ning patogeneesi probleemile.

Huvitava ettekandega ekseemi etioloogiast ja patogeneesist esines prof. Koševnikov, kes kinnitas, et jälgides nn. endogeense ekseemi dünaamikat, võib konstateerida, et tegemist on hariliku lokaalse eksogeense ekseemiga, mis hiljem on muutunud üldiseks.

Rida ettekandeid oli pühendatud sügelevate dermatooside uneravile, elektrilisele uneravile ja hüпноosile ning sugestioonile. Ekseemi puhul on efektiivsem pikendatud füsioloogiline uni unevahendite väikeste annuste manustamisega. Laialdaste krooniliste neurodermiitide puhul uneravi ei mõju.

Kuurotravi tagajärgedest nahahaigustele kõnelesid professorid Suhharjov, Phaladze jt. Ravi annab häid tulemusi rea dermatooside puhul võrdlemisi lühikese ajaga ja seepärast on vaja laiendada spetsialiseeritud dermatoloogiliste sanatooriumide võrku.

Professionaalse etioloogiaga dermatooside, radioloogia- ja püoder-miasektsioonis oli tähelepanuvääriv eriti L. Jeremejeva ettekanne profes-sionaalsetest nahahaigustest Leningradi tööstusettevõtetes. Selgus, et professionaalsetel dermatoosidel on esikoht kõigi professionaalse etio-loogiaga haiguste ja mürgistuste hulgas. Tunduv enamik nendest naha-haigustest on tingitud kaitseseadmete puudumisest või mittevastavusest, pesemisseadiste ebarahuldavast olukorrast ettevõtteis, aga ka isikliku hügieeni reeglite unarusse jätmisest. Enamiku professionaalsete naha-haiguste profülaktiliseks abinõuks on tööprotsesside mehhaniseerimine ja automatiseerimine.

Radioaktiivsete isotoopide kasutamisest ja väärtusest nahahaiguste ravimisel rääkisid prof. Rahmanov, akadeemik prof. Prokoptšuk ja teised.

Huvi, mis valitseb süüfilise ravimise vastu dürantsete kestva toimega penitsilliinipreparaatidega, nähtub sellest, et süfilidoloogiasektsioonis pühendati bitsilliinile 12 ettekannet.

Tähelepanu äratas prof. Želtakovi ettekanne, kes alates 1952. a. ravis kõiki süüfilise vorme ainult penitsilliiniga ja bismutipreparaatidega. Sel teel raviti umbes 300 haiget. Pärast ravi pole registreeritud ühtegi ret-sidiivi. Tüsistused puuduvad peaaegu täielikult. Seroloogiliste reaktsi-onide negativiseerimine pole madalam kui vanade ravimeetodite puhul, liikvori saneerimise protsent on kõrgem.

Urogenitaaltrakti gonorröiliste ja mittegonorröiliste põletikkude sektsioonis käsitleti rohkem mittegonorröilisi põletikke, eriti tõsteti esile trihhomoniaasiküsimus, mille kohta kuulati ära rida ettekandeid (Teoh-harov, Robatševski jt.). Samas sektsioonis esitati ka Eesti NSV TA Eks-perimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslike töötajate J. Terasse, I. Laane ja E. Rõigase kollektiivne töö «Urogenitaaltrakti trihhomoniaasi epidemioloogiast», milles näidati alates 1958. aastast teos-tatud katselisel dispanseerimisel saadud materjalide põhjal ja arvukate epidemioloogiliste ahelate selgitamise abil, et trihhomoniaas levib sugu-lisel teel. On märkimisväärne, et kongress oma resolutsioonis aktsepteeris põhiliselt kõik tallinlaste ettepanekud, lugedes trihhomoniaasi sugulisel teel levivaks haiguseks ja pidades vajalikuks nende haigete dispanseeri-mist ühistel alustel gonorröahaigetega.

Kongressi viimasel päeval toimunud plenaaristungil arutati Üleliidu-lise Dermato-Veneroloogide Teadusliku Seltsi juhatuse aruannet ja valiti uus 55-liikmeline juhatus. Seltsi juhatuse esimeheks valiti NSV Liidu Teaduste Akadeemia kirjavahetajaliige prof. S. T. Pavlov.

R. U u e t o a

Teaduslik sessioon meditsiinilise radioloogia alal Riias

17. kuni 19. novembrini 1959. a. toimus Riias NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinilise Radioloogia Teadusliku Uurimise Keskinsti-tuudi ja Vene NFSV Tervishoiu Ministeeriumi Radiatsioonihügieeni Insti-tuudi väljasõidusessioon, millest võtsid osa Läti NSV, Leedu NSV ja Eesti NSV teadlased ja arstid. Ettekanded olid pühendatud kiirituspato-loogiale, radioaktiivsete isotoopide kasutamisele meditsiinis ja bioloogias, kiiritushaiguse farmakoteraapiale ja raviastutuste personali radiatsiooni eest kaitsmise küsimustele. Kuulati ära ka Läti, Leedu ja Eesti NSV pea-radioloogide ettekanded radioloogiateenistuse kohta Balti liiduvaba-riikides.

Eesti NSV arstidest esinesid konverentsil H. V a d i, L. A u n ja A. M a r d n a ettekannetega, mis esitati ka Eesti NSV röntgenoloogide ja radioloogide III vabariiklikul konverentsil Tallinnas. Tartu Vabariikliku

Struumatõrje Dispanseri peaarst V. Paškov kõneles türeotoksikoosi diagnoosimisest radioaktiivse joodi (J^{131}) abil endeemilise struuma kolletes.

Konverentsi ettekannetest on praktilisest küljest huvitavam G. Enine (Riia) ettekanne, kes tegi kindlaks, et radioaktiivse joodi imendumise aeg nimme-ristluuradikuliidi puhul on haigel poolel aeglasem. Autor soovib rakendada seda meetodit perifeerse närvisüsteemi kahjustuste diagnoosimisel.

K. Tsõpkin (Riia) üldistas radioaktiivse fosfori kasutamise tulemusi krooniliste ekseemi- ja neurodermiidivormide puhul. Ekseemi puhul esines tervistumist 87 protsendil, paranemist 7 protsendil ja protsessi ägenemist 6 protsendil haigetest. Neurodermiidihaigetel olid vastavad arvud 66%, 30%, ja 3%. Teised ravimeetodid ei andnud nende haigete juures tulemusi. Referent arvab, et radioaktiivne fosfor on efektiivne ravivahend mainitud haiguste ravimisel ja seda tuleb dermatoloogias laialdaselt rakendada.

Sessionil vastuvõetud resolutsioonis märgitakse, et radioloogia arendamiseks Balti liiduvabariikides on vaja organiseerida TRÜ Arsti-teaduskonna juures röntgenoloogia ja radioloogia kateeder.

Järgmine sessioon otsustati kokku kutsuda 1960. a. lõpul või 1961. a. algul.

S. Salzman

Eesti NSV röntgenoloogide ja radioloogide III vabariiklik konverents

18. ja 19. detsembril 1959. a. toimus Tallinnas Eesti NSV röntgenoloogide ja radioloogide III vabariiklik teaduslik-praktiline konverents. Konverentsi tööst võtsid aktiivselt osa ka ftisiaatrid ja teised arstid. Kuulati ära 20 ettekannet tugi-liikumisaparaadi, kopsu ja seedeelundite haiguste röntgendiagnostika küsimustes ning röntgenitehnika ja röntgenoradioloogilise teenistuse olukorrast vabariigis. Eri istung oli pühendatud radioaktiivsete isotoopide kasutamisele, peamiselt Tallinna ja Tartu ravi-asutuste materjalide põhjal.

Pearöntgeno-radioloogi ülevaatlikus ettekandes röntgenoloogia- ja radioloogiaalase teenistuse seisundist Eesti NSV-s toodi andmeid selle teenistuse arenemise kohta Eesti NSV-s. Võrreldes 1940. aastaga on suurenenud röntgeniaparaatide arv 4,5 korda. Alates 1957. a. ületab läbi-valgustuste arv 700 000 aastas; peale selle tehakse iga aasta üle 220 000 röntgenogrammi ja uuritakse fluorograafi abil üle 150 000 inimese. 1956. aastast alates rakendatakse Tallinna ja Tartu ravi- ning profülaktikaasutustes lahtisi ja suletud radioaktiivseid isotoope. Käesoleva seitse-aastaku jooksul avatakse haiglate juures uued radioloogiaosakonnad või -kabinetid.

Lüüsisamba röntgenoloogilise uurimise alal esitati kaks ettekannet (Aleskerov, Heinsoo), mis veenvalt kinnitavad selle meetodi tähtsust lülid vaheliste ketaste haigestumise diagnoosimisel.

A. Malevski näitas 108 tuberkuloosse koksidihaige uurimisega, et kolded luudes, mida röntgenoloogiliselt hinnati vaibunuks, osutasid opereerimisel mädaga täidetud õõnteks. Osteoporoosikolded osutasid tegelikult granulatsioonikoega läbikasvanud piirkondadeks.

J. Butorini andmetel tuleb tuberkuloosi efektiivseks avastamiseks rakendada kahekaadrilist fluorograafiat nii dorso-ventraalselt kui ka ventro-dorsalselt. Vastav artikkel on ilmunud ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1959. nr. 6.

Kolm ettekannet käsitlesid kõhuõõneelundite röntgendiagnostikat. A. Aleskerov näitas isiklike tähelepanekute põhjal pneumoperitoneumi tähtsust diafragma relaksatsiooni ja maksaehhinokoki diagnoosimisel, J. Dorogokupets iseloomustas samuti isiklike tähelepanekute põhjal röntgenmeetodi tähtsust ussjätke esmase kroonilise põletiku diagnoosimisel. Veenvalt ja hästi oli illustreeritud N. Sachrise ettekanne jõesoole limaskesta röntgenoloogilisest uurimisest parkainete abil.

K. Valgma demonstreeris esmakordselt vabariigis tulemusi portaalvereringe uurimise alal «splenoportograafia» kontrastmeetodi abil.

S. Salzmann esitas andmeid pneumokoniooside röntgenoloogilise pildi kohta Eesti NSV mõnede tööstusharude töölistel.

Kesksagara sündroomist kopsuhaiguste röntgendiagnostikas kõneles I. Maripuu.

Suurt huvi äratas professor J. Šik'i (Leningrad) ettekanne interlobaarsete pleuriitide ja atelektaaside röntgenoloogilisest diferentsiaaldiagnostikast lapseas. Referent näitas veenvalt, et kui obturatiivne atelektaas on lapseas üsna sagedaseks patoloogiliseks nähuks kopsudes, siis eksudatiivne kapseldunud interlobaarne pleuriit esineb lastel üsna harva.

Radioaktiivsete isotoopide kasutamisele arstiteaduses oli pühendatud 6 ettekannet. Häid tagajärgi saadi erütremiahaigete ravimisel radikaalsete fosforiga (A. Mardna, Tallinna Vabariiklik Haigla). Paranemist täheldati samuti ajuvereringe häiretega erütremiahaigetel. L. Aun ravis Tallinna Vabariiklikus Haiglas radioaktiivse joodiga üle 200 türeotoksikoosihaige ja 96 protsendil juhtudest olid ravitulemused head, mille tõttu langes ära kirurgilise ravi vajadus. Mööduva iseloomuga tüsistusi esines 2 protsendil haigetest.

H. Vadi (Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast) uuris radioaktiivse joodi neeldumist kilpnäärmesse orgaaniliste südame- ja vereringehaiguste puhul ning tegi kindlaks, et ateroskleroosi, pärgarterite skleroosi, stenokardiat ja müokardi infarkti põdevatel haigetel on J^{131} neeldumise kõver tunduvalt madalam kui tervetel. Radioaktiivsuse kõvera muutused esinesid samuti hüpertooniat ja reumokardiiti põdevatel haigetel ning südame ja vereringesüsteemi dekompensatsiooni puhul.

Patoloogiliste spinaalsete protsesside kindlaksmääramiseks teatud kõrgusele süstisid E. Raudam, R. Paimre ja H. Vadi epiduraalõõnde radooni. Selle meetodi abil võib diagnoosida patoloogilisi protsesse lülisamba nimme ja rinna alumises osas.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia kirjavahetaja liige professor D. Rohlin esitas oma ettekandes «Ioniseeriva kiirguse suhtes tundlike sarkoomide diagnostika ja ravi» isiklikke uurimisandmeid kiirgusenergia tähtsusest mõnede luusarkoomide diferentsiaaldiagnostikas. Radioaktiivse fosfori indikaatorsete annuste abil võib mõnikord kindlaks teha esmast kahjustuskollet luus, kasvaja olemasolu puhul ja röntgenravi mõjul võivad kaduda Ewing'i sarkoomi metastaasid.

V. Valdes tegi ettepaneku kasutada röntgenogrammide kvaliteedi tõstmiseks kõvakiiri, suurendada fookusekaugust ja lühendada ekspositsiooniaega. See meetod osutus otstarbekohaseks eriti kopsuülesvõtete puhul.

Järgmine röntgenoloogide ja radioloogide vabariiklik konverents otsustati kokku kutsuda 1961. a.

Konverentsi ettekannete teesid on trükituna olemas Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus.

S. Salzmann

Tallinna Kirurgide Teadusliku Seltsi tegevusest 1959. aastal

Tallinna Kirurgide Teaduslik Selts on pidanud 1959. a. 8 plenaaristungit. Neil istungitel on demonstreeritud haigeid ja kuulatud 13 üldkirurgia- ja 2 traumatoloogiaalast ning 2 ettekannet muljetest rahvusvahelistelt kongressidelt ja 1 hiina rahvameditsiinist. Erilist praktilist väärtust omavad nendest ettekannetest 3 järgmist:

1. «Peenendatud kõhre kasutamisest taastavas stomatoloogilises kirurgias» — koos fotode demonstreerimisega, autorid K. Kase ja E. Sarv Tallinna Kalinini Rajooni Haiglast (6. V 1959. a.).

Töös käsitleti laibalt võetud peenendatud kõhre suspensiooni insuflatsiooni nahaalusi (subperiostaalselt) nina deformatsiooni kõrvaldamiseks. Laibalt võetud kõhr töödeldi prof. Michelsoni järgi. Kõhre sisseviimine antud meetodil ei vaja eelnevat naha ega nahaaluse koe prepaareerimist. Manipulatsiooniks kasutatakse spetsiaalset revolversüstlat. Autorid näitasid ülevõtteid nina piirkonnast enne manipulatsioone ja pärast deformiteedi kõrvaldamist. Saavutati hea kosmeetiline efekt ja transnasaalse hingamise paranemine.

2. «Regionaarsetest sooletrakti kahjustustest».

Autorid U. Sibul Tallinna II Haiglast ja B. Lehepuu Tallinna Vabariiklikust Haiglast (3 haigusjuhtu Tallinna Vabariikliku Haigla materjalide põhjal). Ettekanne 29. XII 1959. a.

Esmakordselt kirjeldasid peensoole segmentaarseid kahjustusi Komba ja Sander 1806. a. 1932. a. esitas Kroni eelpoolmainitud haiguse nosoloogilise ühikuna (*Morbus Kroni*) kui terminaalse ileiidi. Sooletrakti segmentaarse kahjustuse etioloogia on tänapäevani veel selgusetu. Tähelepanu pälviv oletus, et siin on tegemist viiruselise haigusega.

Patogeneetilisel ja kliiniliselt eristatakse kahte haiguse vormi: ägedat ja kroonilist.

Ägedat vormi võib jaotada 4. staadiumi 1) atooniline, 2) infiltratiivne, 3) destruktiivne (flegmonoosne soolekahjustus ja soole nekroos), 4) tüsistuste staadium (perforatsioonide ja fistulite tekkimise järk).

Kroonilise vormi puhul ilmnevad soolesegmenti stenoseerunud kahjustused.

Haigus esineb märksa sagedamini kui arstid seda diagnoosivad. Ravi on operatiivne. Varases staadiumis piisab sageli protsessi kupeerimiseks antibiootikumide suurtest doosidest, mida manustatakse koos novokaiiniga mesenteeriumisse.

Muuseas, kui apendektoomia puhul ei sedastata mingisuguseid muutusi ussjätkes, siis tuleb mõelda soole segmentaarse kahjustuse võimalusele.

3. «Silmatraumatismist» rääkis A. Taumi Tallinna II Haigla Poliklinikust, esitades oma kogemusi silmatraumatismi alal.

Peale nende ürituste on loodud sidemed Moskva ja Riia teaduslike seltsidega ning esinetud vastastikuste ettekannetega.

L. Samussenko,
Seltsi teaduslik sekretär

Tartu Riikliku Ülikooli XIV üliõpilaste teadusliku konverentsi arstiteaduse sektsiooni tööst

Tartu Riikliku Ülikooli üliõpilaste XIV teaduslik konverents toimus 13.—17. oktoobriini 1959. a. Arstiteaduse sektsioonis kanti ette 13 üliõpilaste uurimust.

Nitroglütseriinkatse rakendamise võimalustest oblitereeruva arterioosi diagnoosimisel tegi kokkuvõtte V kursuse üliõpilane H. Tagen (juhendaja professor A. Linkberg ja arst E. Tünder), kes märkis,

et seda katset on võimalik kasutada protsessi varajaste staadiumide kindlaksmääramisel ja funktsionaalsete ning morfoloogiliste faaside diferentseerimisel.

VI kursuse üliõpilane L. A l l i k m e t s (juhendaja dots. J. S a a r m a) kõneles elekterkrampravi ja insuliinravi kombinatsiooni tulemustest skisofreeniahaigetel Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogilises Haiglas 1942.—1959. a.

Huvipakkuv oli VI kursuse üliõpilaste M. H i n n o, L. S e p a ja A. A n n u s e (juhendaja dots. L. K e r e s) ülevaade soo määramise tsütoloogilisest meetodist.

VI kursuse üliõpilane V. S a l u p e r e (juhendaja arstiteaduse kandidaat K. V i l l a k o) uurides röntgenoloogiliselt kardia läbimise aega seedetrakti mõnede haiguste puhul, märkis selle pikenemist haavandtõve- ja gastriidihaigetel.

IV kursuse üliõpilane S. M a s l e n n i k o v a (juhendaja dots. Ü. A r e n d) näitas, et loomkatseis aminosüüli manustamine langetab retikuloendoteliaalse süsteemi salvestusvõimet.

IV kursuse üliõpilased K. N o o r ja L. R u m m e l (juhendaja dots. R. L o o g a) näitasid, et eelneval kortisooni manustamisel kujuneb eksperimentaalne aneemia välja nõrgemini ning paraneb kiiremini ja täielikumalt.

M. M ä g i ja M. S i k k,
TRÜ ÜTÜ Arstiteaduskonna nõukogu liikmed

Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV kõrgemate meditsiiniliste õppeasutuste üliõpilaste II teaduslik konverents Tartus

29. oktoobrist kuni 2 novembrini toimus Tartus Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV kõrgemate meditsiiniliste õppeasutuste üliõpilaste II teaduslik konverents. Konverentsi korraldajaks oli Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõududest ja üliõpilastest koosnev organiseerimiskomisjon eesotsas teaduskonna dekaani prof. A. Linkbergiga.

Konverentsist võtsid osa suuremate delegatsioonidega Riia, Kaunase, Minski ning Vitebski meditsiiniinstituutide ja Vilniuse V. Kapsukase nim. Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilaste teaduslikud ühingud. Delegaate saabus ka Moskvast, Arhangelskist, Voronežist, Astrahanist, Stalnost, Jerevanist ja Mahhatš-Kalast. Kokku viibis konverentsil 120 külalist 7 vennasvabariigi 12 linnast.

Konverentsi töö toimus 2 plenaaristungil ja 8 istungil viies sektsioonis: teraapia, kirurgia, eksperimentaalse meditsiini, stomatoloogia ja farmaatsia sektsioonides. Kokku esitati 64 teaduslikku tööd, millest 16 kuulusid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilastele.

Kirurgiasektsioonis kanti ette 12 tööd. Ülekaalus olid kirurgilisele tehnikale ja diagnostikale pühendatud eksperimentaalsed tööd.

Teraapiasektsioonis esitati 15 tööd. Ballistokardiograafilise uurimise resultaatidest südame mitraalklapi rikete korral tegid kokkuvõtte TRÜ Arstiteaduskonna üliõpilased R. V a h t e r ja R. T a l v i k (juhendaja dots. Ü. L e p p), märkides, et rikke stenootilise komponendi esinemise korral on sedastatav tüüpiline J-lainele eelnev lisalaine.

Praktilise väärtuse poolest paistis silma Arhangelski MI üliõpilase S. Žirovi uurimus sanitaarsest olukorrast ja haigestumusest oblasti trükikojas.

Kõige laialdasemaks ja mitmekülgseid probleeme haaravaks kujunes eksperimentaalse ja teoreetilise meditsiini sektsioon, kus kuulati ära 28 ettekannet.

Rohkesti oli ettekandeid biokeemia ja farmakoloogia alalt (13).

TRÜ Arstiteaduskonna üliõpilane J. Z a l e s k a j a (juhendajad prof. E. M a r t i n s o n ja ass. L. T ä h e p ö l d) näitas oma ettekandes, et mao limaskestas leiduvad samasugused ammoniaagi moodustumise mehhanismid, nagu varem on tõestatud teiste kudede kohta. TRÜ üliõpilaste vere karotiinisalduse määramine A. E h a r i ja A. A u g l a (juhendaja prof. E. M a r t i n s o n ja ass. L. T ä h e p ö l d) poolt näitas, et samade autorite poolt varem avastatud tunduva C-vitamiini puudujäägi kõrval on A-vitamiiniga varustatus hea.

Stomatoloogiasektsioonis kuulati ära 4 ettekannet. TRÜ Arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna üliõpilaste kollektiivses uurimuses kriipsutati alla suuõõne halba hügieeni ja hambakaariese levikut TRÜ üliõpilaste hulgas ning näidati konkreetseid mooduseid olukorra parandamiseks.

Farmaatsiasektsioonis esitatud 4 töö hulgas oli huvipakkuvam Kaunase Meditsiiniinstituudi üliõpilase J. N e n i š k y t e (juhendaja dots. E. K a n o p k a) uurimus rutiinisaldusest mitmesugustes taimedes. Autor soovib ravimiseks ja profülaktikaks kasutada ka tatraõie mett kui rohkesti (0,13%) rutiini sisaldavat produkti.

Konverentsi ajal oli TRÜ Teaduslikus Raamatukogus avatud näitus üliõpilaste teaduslike ühingute tegevuse kohta, kus eksponeeriti hulgalt fotomaterjali ja diagramme, üliõpilaste poolt valmistatud preparaate ja õppevahendeid ning üliõpilaste tööde publikatsioonid.

Konverentsi teesid trükiti. Järgmine konverents toimub 1960. a. sügisel Minskis.

M. M ä g i ja M. S i k k

Toitlustamisalasest teaduslikust konverentsist Riias

9.—12. detsembrini 1959. a. toimus Riias Läti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi poolt organiseeritud toitlustamisalane teaduslik konverents. Konverentsil esitasid Moskva, Lenigradi, Kiievi, Minski, Riia, Vilniuse, Tartu ja Tallinna teadlased 38 ettekannet. Eesti NSV teadlased esitasid kolm ettekannet: 1) professor E. M a r t i n s o n — «Ammoniaagi tekkimise allikaist mao limaskestas ja selle osast mao sekretsioonis»; 2) arstiteaduse kandidaat K. V i l l a k o ja L. V i l l a k o «Toitumise ja ainevahetuse häiretest difüllobotrioosi puhul»; 3) farmaatsiakandidaat E. V a g a n e — «Mõningaid andmeid Eesti NSV elanikkonna C-vitamiiniga toitumise olukorrast.»

Kõige arvukamalt oli konverentsil ettekandeid rasvade ja vitamiinide ainevahetuse ja toitumise küsimustes, mis omavad Balti vabariikide elanikkonna toitlustamises suurt aktuaalsust.

Praegu võib ateroskleroosi vähktõve järel pidada teiseks inimkonna nuhtluseks. Nagu näitavad statistilised andmed, esineb ateroskleroosi tunduvalt rohkem neis maades, kus tarvitatakse toiduks palju loomseid rasvu, ja vähem seal, kus toiduratsioonis on vähe rasva või tarvitatakse peamiselt õli. N. A n i t š k o v i teooria järgi tekib ateroskleroos rasva-ainevahetuse häire tagajärjel, mis põhjustab kolesteriini kogunemist verre ja ladestumist arterite seintesse. Ateroskleroos ei ole otseselt seotud organismi vananemisega ja selle arenemist võib pidurdada muutes toitumise iseloomu. Viimastel aastatel tõestati, et taimsed õlid, mis sisaldavad inimorganismi poolt mitesünteesitavaid küllastumata rasvhappeid (neid on hakatud nimetama F-vitamiiniks), võivad takistada kolesteriini endogeenset teket organismis ja pidurdada ateroskleroosi arengut. Seetõttu võttis konverents vastu soovitus, et päevases toiduratsioonis peab olema vähemalt 15—20 g rasvõli. Soovitati tarvitada päevalille-, soja- ja maisiõli.

Südame- ning vereringehaiguste puhul on vaja piirata rasva tarvitamist 60 grammini päevas. Sellest hulgast vähemalt kolmandik olgu rasvõli.

Rasvade küsimus omab suurt praktilist tähtsust Eesti NSV-s, sest meil on harjumuseks tarvitada suurel hulgal loomset rasva (võid, sea- pekki jt.) ja vähe taimeõlisid. Mitmed sööklad ja ka haiglad ei tarvita toidu valmistamiseks üldse rasvõli. Seetõttu nõuab taimeõlide juurutamine toiduratsiooni tervishoiutöötajailt selgitustööd.

Teiseks levinumaks toitumise puudujäägiks Baltimaades on hüpo- vitaminoosid. Toidu vitamiinisisaldus on eriti madal linnades, kus tarvi- tatakse pikemat aega säilitatud ning rafineeritud toiduaineid ja konserve.

Konverents võttis vastu otsuse ka organisatsioonilistes küsimustes. Tunnistati vajalikuks taastada Riia Toitlustamise Instituut ja süvendada toitlustamisalast teaduslikku uurimistööd Leedu ja Eesti NSV-s. Tõsist tööd tuleb teha vastava kaadri ettevalmistamisel. Toitlustamisalase tea- dusliku kaadri väljaõpetamisele aspirantuuri kaudu aitab kaasa NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Toitlustamise Insituut. (Kahjuks jäid möö- dunud aastal Eesti NSV-le antud aspirantide kohad täitmata). Arstide- dieetoloogide ettevalmistamiseks korraldatakse Riias kursused, millest kutsutakse osa võtma ka Eesti NSV teadlasi. Kohapeal peab tõhustama dieetõdede, kokkade ja teiste toitlustamise alal töötajate ettevalmistamist, sest toitlustamise küsimused vajavad senisest suuremat tähelepanu.

E. V a g a n e

Arstiteaduslike seltside tööst

10. märtsil k. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kolleegium Eesti NSV arstiteaduslike seltside komitee esimehe A. Varese ettekannet nende selt- side tööst.

Viimaste aastate jooksul on meie vabariigis tehtud tõhusat tööd arstiteadus- like seltside asutamise ja nende tegevuse arendamise alal.

Käesoleval ajal on vabariigis 35 arstiteaduslikku seltsi 1600 liikmega. Peale selle töötavad seitsmel arstiteaduse erialal veel vabariiklikud seltsid. Erialaste arstiteaduslike seltside loomisega kasvas märgatavalt arstide-praktikute csavõtt teaduslikust uurimistööst. Seltsid on palju kaasa aidanud ka eriarstide vabariik- like konverentside regulaarsel läbiviimisel, meditsiinikaadri kvalifikatsiooni tõst- misel ja kogemuste levitamisel. Peeti vajalikuks Tartus seni tegutsenud arstide seltsi asemele, kuhu olid koondunud terapeudid, kirurgid ja pediaatrid, organi- seerida kolm erialast seltsi.

Kõigi eriarstide võimalikult laialdaseks kaasatõmbamiseks otsustati asutada kaks uut arstiteaduslikku seltsi, nimelt füsioterapeutide ja kurortoloogide selts ning tervishoiu organisatsiooni ja arstiteaduse ajaloo selts. Uute seltside organi- seerimiskomiteed paluvad meditsiinitöötajaid, kes soovivad seltside tööst osa võtta, esitada vastavad avaldused.

Kolleegium märkis, et eriti viljakat tööd arstiteaduslike seltside tegevuse arendamisel on teinud prof. V. Hiie, prof. A. Linkberg, prof. M. Mastbaum, prof. E. Käer-Kingisepp, dots. E. Siirde, arstiteaduse kand. A. Chevalier ning arstid A. Lukaš, I. Bugakov, M. Nõges ja I. Zahharov.

EESTI NSV TEENELINE ARST HANS SÖBER 70-AASTANE

3. märtsil k. a. tähistas Eesti NSV teeneline arst, Paide Rajoonihaigla siseosakonna juhataja Hans Hansu p. Söber oma 70-ndat sünnipäeva.

H. Söber sündis 1890. a. Viljandimaal, lõpetas Tarvastu kihelkonnakooli, H. Treffneri gümnaasiumi ja 1918. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonna

Aastatel 1919—1920 töötas ta Tallinna ja Tartu sõjaväehaiglates arstina ja 1920.—1927. a. Tartu Ülikooli I sisehaiguste kliinikus assistendina. 1927.—1940. a. töötas H. Söber arstina Tartus, 1940. aastal organiseeris ta Tartu Polikliniku, mille peaarstiks oli 1944. aastani. 1944. a. töötas H. Söber Tallinna Nakkushaigla peaarstina ja mõned kuud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemana.

1945. a. siirdus H. Söber Tartusse tagasi, kus oli Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste prope-deutika kateedri, hiljem hospitaal-sisehaiguste kateedri juhatajaks ning samal ajal II sisehaiguste kliiniku peaarstiks.

H. Söber on kirjutanud teaduslikke töid suhkruhaiguse, difteeria, tuberkuloosi ja malaaria alalt.

Alates 1950. aastast töötab juubilar Paide Rajoonihaiglas terapeudina ja sisehaiguste osakonna juhatajana.

H. Söber tegeleb aktiivselt sanitaarharidustööga. Tema populaar-teaduslikud loengud tervishoiu küsimustes on leidnud rahvahulkades sooja poolehoidu. Kaua aega on H. Söber töötanud Eesti NSV Punase Risti Seltsi Paide Rajoonikomitee esimehena, viies selle organisatsiooni töö rajoonis kõrgele tasemele.

Juubilari tuntakse hea spetsialistina, südamliku ja alati vastutuleliku inimesena.

Soovime juubilarile head tervist paljudeks aastateks ja palju energiat edasiseks tööks.



A. Tiidus,
Paide Rajooni TSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakonna juhataja

Referaate

Poliomüeliidivastast vaksineerimisest USA-s. J. Salk, *Vaccination against poliomyelitis: an ounce of prevention. Royal Society of the promotion of Health journal*, 1959, 79, 4, 310—322.

Poliomüeliidi levik USA-s kuni immuniseerimiseni oli 1952. a. — 57879, 1953. a. — 35592, 1954. a. — 38476 juhtu; pärast immuniseerimist 1955. a. — 28985, 1956. a. — 15140, 1957. a. — 5894 juhtu.

Kõigil aastatel langes haigestumuse tõus juuli-novembrikuudele. 1958. a. oli haigestumus kõrgem kui 1957. a., 1958. a. juulis-oktoobris oli Detroitis poliomüeliidipuhang, mil haigestus 246 inimest. Poliomüeliidijuhtude maksimum, nii vaksineeritute kui vaksineerimatute hulgas hõlmas 1- kuni 5-aastasi lapsi. Poliomüeliidi paraliüütiliste vormide arv oli pöördvõrdeline vaksineeritute arvuga.

Vaksineeritute arv Haigestumuse protsent

0	73
1	52
2	30
3	12
4	0

Poliomüeliidivastase vaksineerimise efektiivsus on seotud viiruse paljunemise pidurdumisega sooletraktis ja ninaneelus, viimane raskendab viiruse levimist kesknärvisüsteemis. Ühenduses viiruse paljunemise pidurdumisega sooltes ja vajalike hügieenireeglite täitmisega (hea vesivarustus, roiskvete puhastamine) vähenevad viiruse paljunemise võimalused ümbritsevas keskkonnas. Vaksineerimine vähendab viiruse paljunemist kontaktsete hulgas 60% võrreldes selle paljunemisega vaksineerimatute hulgas. 1958. a. poliomüeliidipuhangu ajal eraldati 20 protsendil kolm korda vaksineeritud haigetest 55 poliomüeliidiviiruse tüve (39-1 — 1 tüüp, 15-1 — III tüüp, ühel — I ja III tüüp) ja 20 teiste viiruste tüve (13 Coxsackie mitmesuguseid tüüpe ja 7 ECHO viirust). USA-s esineb poliomüeliidiviiruse II tüüp nii vaksineeritute kui vaksineerimatute hulgas harva. Paljudel kolm korda vaksineeritud sisaldab seerum antikehi kõigi kolme poliomüeliidiviiruse tüübi vastu isegi kõrge tiitriga. 462 lapse seerumi uurimine näitas, et enamikul lastest enne neljandat süstet poliomüeliidiviiruse seerumite antikehad kõigi tüüpide vastu puudusid või nende arv oli tühine. Pärast neljandat injektsiooni antikehade tiiter tõusis järsult eriti poliomüeliidiviiruse I ja II tüübi vastu ning mõnevõrra nõrgemalt III tüübi vastu. Antikehade säilimise kestusest kõnelevad järgmised andmed: 1674 kuni 7-a. lapse seerumeid uuriti pärast esimest vaksineerimist viiruse kolme tüübi antikehade sisalduse suhtes. Üks kuni kaks kuud pärast vaksineerimist ulatus antikehade tiiter maksimumini — 1:256, siis langes tavaliselt 1:16 — 1:64 ja sellel tasemel püsis kuni kolm aastat. Kõigi kolme tüübi antikehade tiitri kõikumine oli ühtlane. Teises katses uuriti süstemaatiliselt nelja aasta vältel 390 kümneaastase lapse seerumeid pärast korduvat vaksineerimist (7-kuulise ajavahemikuga). Antikehade tiiter oli pärast esimest vaksineerimist 1:16—1:64, varsti pärast teist vaksineerimist see tõusis 1:4096—1:16000, siis tavaliselt langes pärast teist vaksineerimist 1:64—1:256 ja püsis sellel tasemel kuni 4 aastat. Nagu esimesel juhulgi nii jäi ka siin antikehade tiitri kõikumine kõigil kolmel tüübil ühtlaseks. Arvestamata haigusjuhte vaksineeritute hulgas, kus seerumis ei olnud antikehi, või kus need olid väga madala tiitriga, selgub organismi immunoloogiline reaktiivsus. Poliomüeliidivastane vaksineerimine surmatud vaktsiiniga oli märgatavalt efektiivsem kui võis oletada. See sõltub sellest, et surmatud vaktsiin sisaldab väga efektiivset antigeeni, mille manustamisel produtseeritakse suur arv antikehi, mis edaspidi organismis säiluvad pikemat aega.

Ref. H. Ristlaan

Lümfaatiline leukeemia. L. Heilmeyer, G. Mössner, K. Hess. (*Die Lymphatische Leukämie. Symptomatologie und Therapieergebnisse von 160 Fällen*). *Klinische Wochenschrift*, 1959, H. 15, S. 790—794.

1957. a. lümfaatilise leukeemia ravil viibinud 160 haige haiguslugu. Andmeid haiguse edasise kulu kohta saadi haigetelt või neid ravinud arstidelt kirjaliku küsitluse teel, kui patsiendil olid surnud, siis elanike registratuurist, seega saadi 156 haige haiguskulust peaaegu lünkadeta pilt.

160 patsiendist oli 1. 12. 1957. surnud 114, s. o. 71%, elas 30 meest ja 16 naist. Selgus, et lümfaatilise leukeemia esines peamiselt vanematel inimestel, nooremas eas sedastati sagedamini lümfoblastilist leukeemiat. Haigus esines kõige sagedamini 50. kuni 60. eluaastani (63 juhtu ehk 39,5%) ning 60. kuni 70. eluaasta vahel (39

juhtu ehk 24,4%). Sellele järgneb haigete grupp 40. kuni 50. eluaasta vahel (33 juhtu ehk 20,6%). Haigestunud olid ülekaalus mehed (125 ehk 78%), naised oli 35 ehk 22%.

Haiguse prognoos on kõige soodsam 30 kuni 50 a. vanuste rühmas. Uuritud 160 patsiendist elasid üle 5 a. 35 meest (28%) ja 13 naist (37%), üle 10 a. 3 meest (2,4%) ja 3 naist (8,6%).

Isikliku anamneesi järgi ei saadud sedastada mingit sõltuvust eelnevatest haigustest. Välja arvatud üks nahahaiguste arst, kes oli töötanud 13 aastat röntgeniga ilma küllaldase kaitseta, üks hambaarst, kes oma kirjutuslaua laekas hoidis üle 10 a. radioaktiivset preparaati, ja 3 patsienti, kes pikemat aega töötasid bensooli, bensiini ning nitrolakkidega.

Haiguse esmaste sümptomidenä esinesid lümfisõlmede turse 43,7% (14,4% esimese ainsa esmase sümptoomina), põrnakasvaja 8,1% (1,2% ainsa esmase sümptoomina), naha leukeemilised infiltraadid 5% (1,2% ainsa esmase sümptoomina). Teistest nähtudest esinesid väsimus (50%), kehakaalu langus (18,1%), öine higistamine (7,5%) naha sügelemine (3,7%) jm. Kehatemperatuuri tõus ei etenda haiguse algstaadiumis mingit osa.

Läbivaatusel leiti järgmist: redutseerunud üldseisund (48,5%), redutseerunud toitumus (43,7%), väga hea üldseisund (38,7%), väga hea toitumus (51,9%), väga halb üldseisund (12,5%), tugev kahvatus (33,7%), subikterus (9,4%), ödeemid (6,2%), põrna suurenemine (58,1%), maksa suurenemine (45,6%), leukeemilised nahainfiltraadid (5%), leukeemilised limaskestainfiltraadid (1,8%), lümfisõlmede turse — lokaliseerunud 17,5, generaliseerunud 60,5, mediastiinumis 23,1, abdominaalselt 3,7, meteorism — 3,7, astsiit 1,8 protsenti, kehatemperatuuri tõus — 12,5%.

Laboratoorsetest leidudest esines 5,8% juhtudest raske aneemia (Hgb alla 7 g% ja erütrotsüüte vähem kui 3,1 miljonit). 21,2%-l haigetest oli aneemia 7,0 kuni 11 g% Hgb ja erütrotsüüte 3,1 kuni 4,0 miljonit. 11 kuni 14 g% Hgb oli 39,4%-dil, ülejäänud 33,6%-dil oli punase-verepilt normaalne. Värvusindeks oli enamasti normokroomne (63%-dil), harvem hüpokroomne (10,8%-dil).

Leukotsüüdid. Aleukeemilist leukeemiat esines 7 juhul, vähem kui 6000 leukotsüüti oli 4 juhul, 6000—15 000 leukotsüüti oli 19 juhul, 15 000—100 000 leukotsüüti 84 juhul, üle 100 000 leukotsüüdi 39 juhul. Üleminekut lümfosarkoomiks esines 4 juhul ja valmimata rakkudega lümfadenooosi 3 juhul.

Vereseerumi vase-rauapeegel on enamasti karaktersest muutunud. 80%-dil juhtudest oli vasesisaldus üle 140γ%, rauasisaldus 46%-dil juhtudest alla 80γ%.

Komplikatsioonidest esinesid furunkuloos, erüsiipel, otiidid, angiinid (16,9%), pneumooniad (10,6%), tuberkuloosi (4,4%). Neuroloogilised häired — nägemis-kuulmishäired, paresteesid — 6,2% jne.

Paljud komplikatsioonid on kindlasti põhjustatud organismi vastupanu nõrkusest, kuid neuroloogilised häired on tõenäoliselt otseses seoses lümfaatilise leukeemiaga.

Ravi. Võrreldes röntgenravi kemoterapiaga ning röntgenkemoterapiaga näitavad autorid, et kõige paremaid tulemusi andis röntgenravi, millele järgnes röntgen- ja kemoterapia ning lõpuks kemoterapia.

Ref. H. Roots

Alkoholvalu kui pahaloolumilise lümfogranulomatoosi (Hodgkin-Sternberg) varajane sümptoom ja teiste haiguste kõrvalsümptoom. F. W e g m a n n, (*Der Alkoholschmerz als Frühsymptom der malignen Lymphogranulomatose (Hodgkin-Sternberg) und als Begleitsymptom anderer Krankheiten*). *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1959, 49, S. 1287—1288.

Autor mainib, et 1950. a. kirjeldas Hoster esmakordselt üht pahaloolumilise lümfogranulomatoosi puhul esinevat sümptoomi, mis ilmneb selles, et pärast alkoholi tarvitamist tekib aktiivse haiguskolde piirkonnas intensiivne, kiskuv, põletav või torkiv valu. Seda tähelepanekut on hiljem ka teised autorid rõhkenud kui 30 juhul kinnitanud. Seepärast tegid Winter ja teised ettepaneku iga Hodgkin'i tõve kahtluse korral teha alkoholtest, et vallandada varajast patognoomilist sümptoomi. Valu tekib otsekohe või hiljemalt 20 minuti jooksul, kestab 10 minutist kuni 3 tunnini ja möödub spontaanselt. Pärast valu lakkamist jääb mõneks ajaks paikne paresteesia. Valu vallandamiseks piisab suutäiest kuni klaasitäiest õllest või mõnest muust alkoholi sisaldavast joogist. Enamasti tekib valu ühel rindkere poolel, mis mõnikord kiirgub samapoolsesse kätte. See valu võib tsütostaatiliste vahendite või röntgenikiirte toime kaduda ja olla hiljem üheks esimeseks haiguse retsidivi tunnuseks.

Kirjeldatakse ühe Hodgkin'i tõve juhtu, mille puhul esines alkoholvalu.

Aprillis 1959. a. toodi haiglasse 29-aastane naine diagnoosiga «Parempoolne hiilusenäärmete tuberkuloos». Anamnees: 1959. a. jaanuaris tundis seni täiesti

terve itaallanna kerget väsimust ja märkas vasakus rinnanäärmes ümmargust, valulikku vaevalt kirsisuurst tuumorit; valu kadus iseenesest, tuumor edaspidi ei suurenenud. Umbes kuu aega hiljem tekkisid sügaval sissehingamisel rindkeres paremal all valud, mis järgmise kuu jooksul spontaanselt vaibusid. Hiljem esinesid aeg-ajalt ainult kerged, mõlemapoolsed paravertebraalsed valud rindkeres. Märtsis tekkis parasternaalselt 2.—4. roide kõrgusel lame, vajutamisel tugevasti valulik moodustis. Vajutamisel tekkiv valu irradieeras paremasse õlga ja õlavarre mediaalse küljele. Aprilli algul hakkas tundma patsient, kes varem iga paari päeva tagant väga mõõdukalt alkohoolseid jooke tarvitas, pärast vähese hulga õlle, veini või konjaki joomist umbes 10 minuti möödudes mainitud parasternaalses piirkonnas tugevat kõrvetavat, torkivat ja tukslevat valu, mis kiirgus paremasse õlga parema õlavarre mediaalsesse külge ning kestis umbes tund aega. Samal ajal tekkis näopunetus, mida tal varem alkoholi tarvitamisel ei esinenud. Valu oli nii tugev, et haige loobus alkohoolsetest jookidest. Isegi haiglas ei võtnud ta katseks alkoholi. Kui patsiendile kerge kõhukinnisuse puhul anti alkoholisisaldavat preparaati, tekkisid ülalkirjeldatud valud.

Kuigi säärase alkoholitalumatuse tõttu püstitati juba algul Hodgkins'i tõve diagnoos, ei õnnestunud seda kohe kinnitada, sest lümfoomi ei esinenud ja põrna ning maksa talitluses ja verepildis ei leitud mingeid erilisi muutusi. Kuna tuberkuliinireaktsioon oli positiivne ja kopsus leidis lubjastunud kolle ning parasternaalse lokalisatsiooniga tuumor viitas rohkem tuberkuloosile, siis ravisime algul tuberkuloostaatiliste vahenditega. Siiski ei viidanud röntgenoloogiline leid kindlalt tuberkuloosile. Ülevaatepildil ja tomogrammil leidis kanamunasuurune hästi piiritletud homogeenne vari, mis paiknes parasternaalselt mainitud tuumori kõrgusel rindkere eesmise seinas ja tomogrammidel 15—17 sm sügavuses nähtavale tuli. Seejuures oli parema hiiluse suurus ja konfiguratsioon normaalne. Protsessi niusuguse lokalisatsiooni puhul ja kliinilise pildi tunduva halvenemise tõttu tuberkuloostaatilise ravi kasutamisel muutus spetsiifiline genees täiesti ebatõenäoliseks. Aprilli algul muutus subfebrilne temperatuur febriliseks. Samal ajal suurenes rindkere seinas asetsev tuumor ja ulatus kuni parema sternoklavikulaarliigesele. Maikuu keskpaiku ilmnis äkiline lümfisõlmede suurenemine paremas kaenlaaugus ja supraklavikulaarselt. Lõpuks saadi ühe supraklavikulaarselt biopsiaks resetteeritud näärmes tüüpilise histoloogilise pildi abil tõestada alguses püstitatud diagnoosi, s. o. pahaloomulise Hodgkin-Sternberg'i lümfogranuloomi olemasolu.

Nüüd saadeti patsient röntgenravige; rinna- ja seljapiirkonda anti kokku 4000 röntgenit. Pärast esialgset subjektiivset ja objektiivset halvenemist paranes objektiivne leid kiiresti. Perifeersed ja mediastinaalsed lümfisõlmed kadusid pea-aegu täiesti ja kehatemperatuur muutus normaalseks. Nagu eespoolmainitud juhtudel, nii kadus ka siin alkoholitalumatus. Kuid juulikuu keskpaiku tekkisid vasakus kaenlaaugus ja paremal kaela piirkonnas väikesed valutud sõlmed, mis laskis oletada haiguse algavat generaliseerumist. Röntgeni tagajärjel tekkiva leukopeenia vastu võideldi tsüstostaatiliste vahendite abil.

Alkoholvalu spetsiifilisuse küsimust Hodgkins'i tõve suhtes on viimastel aastatel korduvalt üles tõstatatud ja arvukate katsete abil uuritud. Dawe ei täheldanud 300 pahaloomulist lümfogranulomatoosi põdeval haigel ühelgi juhul seda sümptoomi. Samal ajal aga leidis Schwarz 70 haigest kahel alkoholivalu. On kirjeldatud alkoholvalu sümptoomi esinemist 9 juhul 62 Hodgkin'i tõbe põdeva haige hulgast. Mitmed autorid on seda sümptoomi täheldanud ka teiste haiguste (osteomüeliitide, traumaatiliste fraktuuride, piimanäärme kartsinoomide jne.) puhul.

Kokkuvõttes mainib autor, et kirjeldataval juhul histoloogiliselt kindlaks tehtud Hodgkin-Sternberg'i pahaloomulist lümfogranuloomi diagnoositi kliiniliselt väga vara hästi väljendunud alkoholvalu tõttu. Seepärast juhitakse tähelepanu alkoholvalule, kui Hodgkin'i tõve varajasele sümptomile, kuigi see proov ei ole spetsiifiline.

Ref. H. Roots

Arstiteadusele pühendatud elu

Käesoleva aasta 1. veebruaril siirdus pensionile Eesti NSV teeneline teadlane, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri juhataja professor Felix Jaani p. Lepp.

F. Lepp sündis 2. mail 1881. a. Võru maakonnas, Tsooru vallas töölise pojana. 1892. a. lõpetas Rõuge vallakooli ja eksternina 1910. a. Tartu gümnaasiumi, mille järel astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda. Õpingud arstiteaduskonnas lõpetas kiitusega 1918. a. Aastail 1918—1919 töötas Tartus kooliarstina. 1918.—1931. aastani oli Tartu Nakkushaigla juhatajaks, hiljem töötas sama haigla konsultandina kuni 1940. a. Nõukogude võimu taaskehtestamisel Eestis organiseeris Tartu Sanitaar-Epidemioloogia Jaama, mille juhatajaks oli kuni Suure Isamaasõja alguseni.



Prof. F. Lepp töötamas

F. Lepal on märkimisväärsed teeneid tuberkuloosivastase võitluse organiseerimisel kodanlikus Eestis.

Doktorieksamid sooritas F. Lepp 1922. a. 1924. a. kaitses arstiteaduse doktori väitekirja teemal «Pleuravedeliku bakterioloogiline ja eksperimentaalne uurimine». 1927. a. nimetati F. Lepp Tartu Ülikooli arstiteaduskonna eradotsendiks sisehaiguste alal. 1927.—1930. a. luges valitud peatükke tuberkuloosist. 1931.—1939. a. pidas loenguid dotsendina arstiteaduskonna üliõpilastele nakkushaiguste kliiniku alal ja 1940.—1941. a. sisehaiguste propedeutika alal. 1944. a. määrati F. Lepp TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri juhatajaks.

Professor F. Lepal on suuri teeneid Eesti NSV arstiteadusliku kaadri ettevalmistamise alal. Tema juhendamisel on edukalt kaitsnud 13 isikut arstiteaduse kandidaadi dissertatsiooni. F. Lepal on trükitis avaldatud üle 50 teadusliku töö.

Teadusliku tegevuse eest autasustati F. Leppa 1950. a. Töö Punalipu ordeniga. 1952. a. anti F. Lepale Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukiri. 1956. a. nimetati ta Eesti NSV teeneliseks teadlaseks.

Professor F. Lepp on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Opetatud Nõukogu liige, Tartu Arstide Seltsi asutajaid liikmeid ja I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Seltsi Tartu filiaali esimees.

Professor F. Lepa pensionile mineku puhul korraldas Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond 1. märtsil k. a. ülikooli aulas piduliku koosoleku.

Kokkutuleku avas arstiteaduskonna dekaan professor A. Linkberg. Kõnega professor F. Lepa elust ja tegevusest esines farmakoloogia-kateedri juhataja professor G. Kingisepp. Professor F. Leppa tervitasid üliõpilaste, paljude asutuste ja ühiskondlike organisatsioonide esindajad. Talle anti üle kinke ja lilli. Oma sõnavõtus tänas professor F. Lepp parteid ja valitsust temale usaldatud vastutusraskete ülesannete, Töö Punalipu ordeni ja teenelise teadlase nimetuse andmise eest. Soojade sõnadega pöördus ta arstiteaduskonna üliõpilaste — uue arstide põlvkonna esindajate poole, kutsudes neid ennastsalgavale tööle nõukogude inimeste hüvanguks.

Kogu Eesti NSV meditsiinitöötajate pere soovib professor F. Lepale head tervist ja palju aastaid ning loodab, et kõikide poolt lugupeetud teadlane jätkab endiselt noorusliku energiaga tegevust arstiteaduse ja tervishoiukorralduse arendamise eest.

H. Pihl

Arstiteaduse kandidaadi väitekirja kaitsmine

18. veebruaril k. a. kaitses Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Mikrobioloogia ja Epidemioloogia Instituutidevahelise Opetatud Nõukogu istungil oma kandidaadi väitekirja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi noorem teaduslik töötaja A. Svitškarjova. Tema dissertatsioonitöö teemaks oli «Hemolüütilise streptokoki kandmise iseärasustest ja antitoksilise immuniteedi seisundist sõltuvuses sarlakitesse haigestumise tasemest». Oponentideks olid arstiteaduse doktorid B. Bessmertnõi ja I. Ljambert. Opetatud Nõukogu tunnistas A. Svitškarjova uurimistöö arstiteaduse kandidaadi astme vääriliseks.

Uus kord uinutite väljastamisel

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium kehtestas uue korra (käskkiri nr. 23, 21. jaanuarist 1960. a. ja vastav Eesti NSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 36, 19. veebruarist 1960. a.) uinutite väljastamise kohta apteekidest. Sellekohaselt väljastatakse veronaali, medinaali, luminaali, barbamüüli, etaminaalnaatriumi (nembutaal), kvietaali ja teisi barbituraate puhtal kujul kui ka indiferentsete lisanditega ainult retseptidega, mis peavad olema varustatud meditsiiniasutuse või arsti isikliku pitseriga. Retseptid säilitatakse apteegis. Retsepti koopia (signatuuri) alusel uinuteid väljastada ei lubata.

ARVE JA FAKTE

NLKP KK ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusest «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest».

A. Kogu Nõukogude Liidus

— Nõukogude võimu aastatel on NSV Liidus üldine suremus kahanenud rohkem kui neli korda ja laste suremus peaaegu seitse korda. Inimeste keskmine eluiga on NSV Liidus pikenenud rohkem kui kaks korda.

— Sõjajärgsetel aastatel on haiglavoodite arv NSV Liidus suurenenud kaks korda.

— Igal aastal puhkab ja ravib end NSV Liidu sanatooriumides ja puhkekodudes üle viie miljoni inimese.

— Meie maal on ligi 380 000 arsti ning 1 300 000 velskrit, ämmaemandat, farmatseuti ja meditsiiniõde.

— Meie maa 273 arstiteadusliku uurimise asutuses ja 79 kõrgemas meditsiiniõppeasutuses töötab üle 30 000 teadusliku töötaja.

— Ravivahendite ja meditsiiniseadmete toodang suureneb seitseaastakul kolm ja pool korda võrreldes 1958. aastaga.

— 1965. a. suureneb penitsilliini tootmine 4,8, streptomütsiini tootmine 5,5, levomütsetiini tootmine 7 ja tetratsükliinrea antibiootikumide tootmine 13 korda.

— Organiseeritakse uute tõhusate antibiootikumide (kolimütsiin, mütseriin jt.) vitamiinide ja hormoonpreparaatide tootmine. Adenokortikotroopse hormooni tootmine suureneb 5,7, analgiinitoodang 7, novokaiinitoodang 3,5 ja sulfodimesiinitoodang 5,6 korda.

— Haiglavoodite arv suureneb 1 532 600-lt 1958. aastal 2 148 600-ni 1965. aastal.

— Lisaks aastaks 1957—1965 ettenähtud kapitaalmahutustele eraldatakse seitseaastakuks tervishoiuasutuste, meditsiinitööstuse ettevõtete ja teadusliku uurimise instituutide ehitamiseks täiendavalt 1 800 000 000 rubla.

— Maarajoonide haiglad suurendatakse 100—200 voodini ning varustatakse need ajakohaste seadmetega. Linnades ja tööstuskeskustes rajatakse 300—400 voodikohaga ning suurtes linnades 600 voodikohaga ja suuremaid haiglaid.

B. Eesti NSV-s

— Eesti NSV-s suureneb haiglavoodite arv seitseaastaku jooksul 2700 koha võrra. 1. jaanuaril 1966. a. on Eestis 13 600 haiglavoodit.

— Ravimite, meditsiinilise tehnika jne. tootmine suureneb vabariigis 38,3 miljonilt rublalt 93,9 miljoni rublani.

— Valmisravimvorme toodetakse Eesti NSV-s 1965. a. 150 miljonit ühikut ampulleerimatult ja 100 miljonit ampulleerituna (23 ja 40 miljoni asemel 1960. a.).

— Loomade hüpofüüse varutakse meil hormoonpreparaatide valmistamiseks 1965. a. 423 kg (250 kg asemel 1960. a.). Loomade kõhunäärmeid varutakse insuliini valmistamiseks 1965. a. 42,5 tonni (24 tonni asemel 1960. a.).

— Meditsiiniseadmeid toodetakse 1965. a. 45 miljoni rubla eest 1,5 miljoni rubla asemel 1960. a.

— Seitseaastaku jooksul ehitatakse Eesti NSV-s uus farmaatsiatehas.

— 1965. aastaks avatakse Eestis 13 uut apteeki, neist maal 6, linnades 7.

— Seitseaastaku jooksul rajatakse Eestis 2 uut apteegiladu, pindalaga 9000 m².

— Eesti NSV tervishoiuasutuste otstarbeks eraldatakse kapitaalmahutustena 21 miljonit rubla, sellest 17 miljonit ehitustöödeks.

Toetusest ajutise töövõimetuse puhul

Eesmärgil parandada tööliste ja teenistujate kindlustamist toetusega ajutise töövõimetuse puhul võttis NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium vastu uue seadluse, mis hakkas kehtima 1. jaan. 1960.

1. Töölistele ja teenistujatele, kes lahkuvad töölt omal soovil, makstakse toetust ajutise töövõimetuse puhul üldistel alustel, sõltumata töö kestusest uuel kohal.

2. Töölistele ja teenistujatele, kes vabastatakse eelmiselt töökohalt omal soovil,

säilitatakse pidev tööstaaž, kui nad uuesti tööle asuvad ühe kuu jooksul pärast vabastamist.

Sõltumata tööle asumise ajast uuel kohal säilib pidev tööstaaž:

a) töölistel ja teenistujatel, kes on vabastatud haiguse, invaliidisuse või vanaduspensionile mineku puhul;

b) isikuil, kes on katkestanud töö seoses vastuvõtugakõrgemasse, keskeriõppe-asutusse või aspirantuuri;

c) töölistel, kes on vabastatud seoses mehe või naise ümberpaigutamisega tööle teise asukohta;

d) rasedatel naistel ja emadel, kellel on kuni 1 aasta vanused lapsed, kui nad asuvad elukohale lähemale tööle;

e) isikud, kes on vabastatud teistel mõjuvatel põhjustel, mis on ette nähtud NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrustega.

MITMESUGUST

— Hiljuti ilmus trükist seedimise füsioloogiat ja patoloogiat käsitlevate tööde kogumik «Труды совещания по проблемам физиологии и патологии пищеварения, посвященного 40-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции 28.VI—2/VII 1957 г., Тарту».

Kogumikus on avaldatud Tartus 1957. a. suvel toimunud teadusliku nõupidamise ettekanded. Esmakordselt on selles toodud ka materjale kiirituse toimest seedeelundite talitlusse. Tööd pakuvad kahtlemata huvi nii teaduslikele töötajatele kui ka klinitsistidele.

Raamatut saab tellida «Raamat Postiga» osakondade kaudu, Tallinn, postkast 199 või Tartu, postkast 85. Raamat on müügil ka Tartu ja Tallinna raamatukauplustes. Hind 39 rubla.

— Möödunud aastal hakkas NSV Liidu meditsiinitööstus tootma uut preparaati TIO-TEF-i (tiofosamiidi). Uut vahendit rakendatakse mitmesuguste vereloomesüsteemi haiguste, nagu kroonilise leukoosi leukeemilise vormi, lümfadenootsi, lümfogranulomatoosi ning lümfo- ja retikulosarkomatoosi ravimiseks. Raviefekt väljendub nende haiguste puhul üldseisundi paranemises, patoloogiliselt suurenenud organite vähenemises ning leukooside puhul leukotsüütide arvu vähenemises ja verepildi mõningas normaliseerumises. Ravimit manustatakse lihaste-, veeni-, arteri-, pleurasisesi jne. Preparaadi doseering peab olema rangelt individuaalne.

— NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Presiidium vaatas läbi 1960. a. toimuvate arstiteaduslike uurimistööde üldplaani, mis haarab 49 probleemi. Üldse töötatakse läbi 15 000 teemat, mis puudutavad 300 eriprobleemi ning probleeme, millel on kohalik tähtsus.

Tunduvalt laieneb onkoloogia, südame ja veresoonte patoloogia, traumatismi profülaktika ja antibiootikumide probleemide uurimine. Üldistatakse ka uute probleemide temaatika, anestesioloogia, Botkini-tõve ja stomatoloogia alal. Suur hulk uurimusi pühendatakse mitmete nakkushaiguste arvu vähendamise ja nende likvideerimise probleemide lahendamisele.

— Saksa DV Sotsiaalhügieeni, Tööstustervishoiu ja Arstide Täiendusakadeemia on koostanud kesksete teaduslike ürituste plaani arstide erialaste teadmiste täiendamiseks 1960. a. esimesel poolel, mis hõlmab kokku 64 probleemi.

Erialaseks täiendamiseks noorsookaitse ja polütehnilise hariduse rakendamise probleemide alal on ette nähtud maakonnaarstide, pediaatrite, arstide-praktikute ja pedagoogide kongress 27. juunist kuni 1. juulini Berliinis. Kongressil esinevad ettekannetega Vene NFSV Pedagoogikaakadeemia, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia, Kiievi Tööstushügieeni Instituudi ja Leningradi Hügieeniinstituudi teaduslikud töötajad.

— Ajakirjas «Journal of the American Association» 1959. a. 14. numbris kirjutavad Y. Adamson jt. kunstliku hingamise tekitamisest kõhuseintele vajutamise teel. Selleks on konstrueeritud uus aparaat, mis võimaldab pikema aja vältel säilitada hingamist vahelduva rõhu tekitamisega kõhuseinale. Aparaat katsetati 15 haige juures, kellel esines hingamishalvatus mitmesuguses järgus. Kunstlik hingamine tekitatakse, avaldades rütmilist survet kõhukorsetti monteeritud kummiballoonile. Balloon ühendatakse elastse plastmassist vooliku abil pumbaga, mida toidetakse võrguvooluga või 24-voldise pingega patareist. Täispuhumisel avaldab balloon survet kõhuseinale, millega kaasneb aktiivne väljahingamine, seejärel tekib diafragma gravitatsioonilise pingetõttu passiivne sissehingamine. See kunstliku hingamise meetod tagab kopsude ventilatsiooni suurenemise, eriti kui haige kere ei aseta horisontaaltasapinna suhtes mitte 30° nurga all nagu tavaliselt, vaid 75°-se nurga

all. Balloonis loodav rõhk ei pruugi olla suurem kui 50 sm veesammast, tsükliga 16 korda minutis. Uus meetod on väärtuslikuks täienduseks teiste aparatuuride abil tehtavatele kunstliku hingamise meetoditele. Esimesed katsed, mis viidi läbi kopsuemfüseemihaigetega, lubavad oletada, et uus aparaat leiab kasutamist ka selle haiguse ravimisel.

— Ungari ajakirja «Orvosi hetilap» 1959. a. 16. numbris toob J. Zimanyi andmeid 336 4 kuu kuni 19 aasta vanuse isiku arteriaalse rõhu kohta, kes põdesid poliomieliiti 1945—58. a. Arteriaalset rõhku mõõdeti uuritavil korduvalt. 88 haigel (26%) oli rõhk pidevalt kõrgem: süstoolne rõhk oli tõusnud keskmiselt 12—28% ja diastoolne 13—39% võrra.

223-st selle grupi haigest, kes haigestusid 1957. a., avastati kõrgeenenud arteriaalne rõhk 60-l (27%). Hüpertoonia esines sagedamini laialdaselt levinud halvatusena haigetel. Neli korda sagedamini oli arteriaalse vere rõhk tõusnud neil haigeil, kel poliomieliidi ägedas staadiumis ilmnis hingamise puudulikkus, ja kaks korda sagedamini neil haigeil, kes olid põdenud entsefalospinaalset või entsefalobulbospinaalset poliomieliiti. Kõikidel arteriaalse rõhu tõusuga haigetel oli silmapõhi normaalne. Autorid rõhutavad, et pärast poliomieliidi põdemist esineb hüpertoonia küllaltki tihti.

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

V. I. Lenin — Nõukogude tervishoiu organisatsiooni looja	3	B. И. Ленин — создатель организации Советского здравоохранения	3
A. GOLDBERG — Tervishoiu aktuaalseid küsimusi	7	A. ГОЛЬДБЕРГ — Актуальные вопросы здравоохранения	7
A. NORDBERG — Tööstustöölise meditsiinilisest teenindamisest	10	A. НОРДБЕРГ — О медицинском обслуживании промышленных рабочих	10
A. GUNTER — Meditsiinilise teenindamise kultuurist	17	A. ГУНТЕР — О культуре медицинского обслуживания	17
Arstiteaduse teooria ja praktika		Теория и практика медицины	
E. RAUDAM, T. KUSLAP, V. TAPUPERE ja K. MÄNNIK — Poliomieliit Eesti NSV-s 1959. a.	21	Э. РАУДАМ, Т. КУСЛАП, В. ТАПУПЕРЕ и К. МЯННИК — Полиомелит в Эстонской ССР в 1959 г.	21
K. VASSILJEVA — Poliomieliiti haigestumise iseärasustest ja profülaktika mõnedest saavutustest Eesti NSV-s	26	K. ВАСИЛЬЕВА — Особенности заболеваемости полиомелитом и некоторые итоги его профилактики в Эстонской ССР	28
A. DANILOVIŠ — Düsenteeriahaigete organismi reaktiivsusest kantaridiinvilli proovi ja fago-tsütoosi reaktsiooni põhjal	34	A. ДАНИЛОВИЧ — О реактивности организма у дизентерийных больных на основании реакции фагоцитоза и кантаридиновой пробы	34
E. RAUKAS — Laste ja noorukite tuberkuloosivastastest revaktsineerimisest Tallinna linnas	38	Э. РАУКАС — О противотуберкулезной ревакцинации среди детей и подростков города Таллина	38
J. REINARU ja K. KÕRGE — Hormoonravist verehaiguste puhul	41	И. РЕЙНАРУ и К. КЫРГЕ — О гормональной терапии при заболеваниях крови	41
A. SEPPO, U. SIBUL ja H. KAUR — Põletuste esmaabist	43	A. СЕППО, У. СИБУЛЬ и Х. КАУР — Первая помощь при ожогах	46
K. VILLAKO — Kiirituskahjustustest kirurgide käel	49	K. ВИЛЛАКО — Лучевые поражения рук у хирургов	49
A. VAPRA — Bensiini aspiratsioonist tingitud pneumooniatest	52	A. ВАПРА — Аспирационная пневмония от бензина	52
K. VALGMA ja N. SACHRIS — Mao limfogranuloomi juhtum	55	K. ВАЛГМА и Н. САХРИС — Случай лимфогрануломы желудка	55
E. ESTER — Kaasasündinud ankyloblepharon'i juhtum	57	Э. ЭСТЕР — О врожденном анкилоплефароне	57
V. TAPUPERE — Uut laboratoorses tehnikas	58	B. ТАПУПЕРЕ — Новое в лабораторной технике	58

Konsultatsioonid

- A. KALDMA — Nõuannet juriidilistes küsimustes 59

Konverentsid ja nõupidamised

- G. MEDINSKI ja G. KONDRATJEVA — Kümnes nõupidamine parasitoloogiliste probleemide ja looduskoldeliste haiguste alal 62
- R. UÜETO — V üleliiduline dermatoveneroloogide kongress 63
- S. SALZMANN — Teaduslik sessioon meditsiinilise radioloogia alal Riias 64
- S. SALZMANN — Eesti NSV röntgenoloogide ja radioloogide III vabariiklik konverents 65
- L. SAMUSSENKO — Tallinna Kirurgide Teadusliku Seltsi tegevusest 1959. aastal 67
- M. MÄGI ja M. SIKK — Tartu Riikliku Ülikooli XIV üliõpilaste teadusliku konverentsi arstiteaduse sektsiooni tööst 67
- M. MÄGI ja M. SIKK — Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV kõrgemate meditsiiniliste õppeasutuste üliõpilaste II teaduslik konverents Tartus 68
- E. VAGANE — Toitlustamisalasest teaduslikust konverentsist Riias 69
- T Ä H T P Ä E V I 71
- R E F E R A A T E 72
- K R O O N I K A 75

Консультации

- A. КАЛЬДМА — Консультация по юридическим вопросам

Конференции и совещания

- Г. МЕДИНСКИЙ и Г. КОНДРАТЬЕВА — Десятое совещание по паразитологическим проблемам и природно-очаговым болезням
- Р. УУЭТОА — V Всесоюзный съезд дермато-венерологов
- С. ЗАЛЬЦМАН — Научная сессия по медицинской радиологии в Риге
- С. ЗАЛЬЦМАН — III Республиканская конференция рентгенологов и радиологов Эстонской ССР
- Л. САМУСЕНКО — О деятельности Научного общества хирургов города Таллина в 1959 году
- М. МЯГИ и М. СИКК — О работе медицинской секции XIV научной конференции студентов Тартуского государственного университета
- М. МЯГИ и М. СИКК — II научная конференция студентов высших медицинских учебных заведений Прибалтийских союзных республик и Белорусской ССР в городе Тарту
- Э. ВАГАНЕ — Научная конференция по вопросам питания в Риге
- Юбилейные даты
- Рефераты
- Хроника

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

**F. Arnemann, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.**

3
*Mait
Finni*

3. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1960

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“

Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 10. IV 1960. Trükkimisele antud 19. V 1960. Trükiarv 3200. Paber 70×108 1/16. Trüki-
poognaid 5 + 3 kleebigi. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspooignaid 7,8. Tellimise
nr. 3833. MB 01703.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19.

Hind 4 rubla.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

Maaelanikkonna meditsiinilis-sanitaarsest teenindamisest Nõukogude võimu aastatel Eestis

Arstiteaduse kandidaat A. Nordberg

21. juulil 1940. aastal eesti töörahvas, vabanenud alatiseks kodanlik-natsionalistlikust ikkest, võttis võimu enda kätte ja asus sotsialismi ehitamise avarale teele.

Nõukogude võimu aastatel on endine kodanlik Eesti muutunud tundmatuseni, kõik Eesti NSV rahvamajandusharud on tõusnud kõrgele tasemele, tunduvat edu on saavutatud hariduse, teaduse ja kultuuri alal. Kõik see on olnud võimalik tänu Kommunistliku Partei ja Nõukogude valitsuse pidevale hoolitsemisele ja teiste vennalike liiduvabariikide abile.

Möödunud 20 aasta jooksul on toimunud põhjalikud muutused ka tervishoiu alal — Nõukogude võim kindlustas vabariigi linna- ja maaelanikele tasuta üldiselt kättesaadava kvalifitseeritud ja spetsialiseeritud arstiabi.

Linna- ja maaelanike meditsiinilise teenindamise vahel printsiipiaalset erinevust meil ei ole, sest sotsialistlik tervishoiusüsteem on ühtne struktuurilt, organisatsiooniliste vormide ja tegevusmeetodite poolest. Kui erinevusi esinebki, siis on need rohkem kvantitatiivset laadi ja põhjustatud kchalikest spetsiifilistest iseärasustest, nagu põllumajanduse ökonoomikast, maaelanike töö- ja elutingimustest, mõnede asulate omapärasustest ja kaugusest nende vahel. Need eristavad tunnused on nõudnud ka edaspidi erilisi organisatsioonilisi vorme ja meetodeid maaelanike meditsiinilis-sanitaarsel teenindamisel.

Sotsialistliku tervishoiu organisatsiooni põhivormiks on jaoskonnad, mis tekkisid algul arstiabi korraldamise praktikas maal ja võeti hiljem üle ka linnade tervishoiusüsteemi.

Meditsiinijaoskondade võrk maal katab nii Nõukogude Liidus kui ka rahvademokraatiamaades peaaegu kogu territooriumi, ühtides maa administratiivse jaotusega. Mõnedes riikides on erinevusi maa-arstiijaoskondade organisatsioonis. See on tingitud tervishoiu üldise arengu tasemest kui ka antud maa traditsioonidest ja erinevustest.

Püütakse lähendada meditsiinilist abi kolhoositalurahva tootmis- kui ka elamistsoonile, kuid see on seotud raskustega, sest asustuse hõredus takistab maa- jaoskonnahaiglate suurendamist. Need tegurid tekitavad veel praegugi diskussioone autorite vahel, kes uurivad arstiabi korraldust maal. Nad on ka põhjuseks, miks Nõukogude Liidu kui ka rahvademokraatiamaade maarajoonides tekkis meditsiini- ja sanitaarasutuste võrgu omapärane struktuur.

Nõukogude Liidu vabariikides juurutatakse spetsiaalsete osakondadega maaajaoskonnahaiglaid.

Eesti NSV-s ei ole tervishoiukorralduse probleem maal veel lõplikult lahendatud ja vajab iseseisvat uurimist.

Kodanliku diktatuuri ajal olid maal jaoskonna-ambulatoriumid. Maakonnalinnades olid haiglad (kokku mõnesaja voodikohaga), kus raviti ka maaelanikke. Suuremale osale maaelanikest oli arstiabi raskesti kätte-

saadav. Madala sündimuse juures oli maaelanikkonna suremus suhteliselt kõrge. Kodanliku Eesti elanikkonna üldine iive oli 1,6‰. Maaelanikkond vähenes aga pidevalt.

Tervishoiusüsteemi ümberkorraldus sotsialistlikul alusel algas Eestis juba Nõukogude võimu esimestel päevadel. Kuid 1940.—1941. a. loodud ravi- ja profülaktikaasutuste võrk kannatas tugevasti fašistliku okupatsiooni ajal. Okupandid hävitasid 80 % ravi- ja profülaktikaasutustest ning 60 % haiglale voodifondist.

Pärast Eesti NSV vabastamist fašistlikust okupatsioonist oli säilinud 40 % haiglavoodite arvust linnades. Maale ei jäänud ühtegi haiglat. 144 maa-arstijaoskonnast töötasid ainult 43 ambulatooriumi. Elanikkonna hulgas oli aga peale nakkushaiguste ka palju kroonilisi haigeid ja Suure Isamaasõja invaliide, kes vajasid ravi. Seoses sellega seisis vabariigi tervishoiuorganite ees pakilised ülesanded sõja- ja okupatsiooniaegsete anti-sanitaarsete tingimuste võimalikult kiire likvideerimise ja haigestumuse ning suremuse vähendamise alal.

Edasitungivale Nõukogude armeele järgnesid Eesti NSV vabastamisel kohe ka meditsiinitöötajate operatiivgrupid, kes võtsid arvele meditsiini-kaadrit, terveksjäänud asutusi ja vara. Organiseeriti esimesi üritusi asulate sanitaarse puhastamise, nakkushaiguste profülaktika ja elanikkonnale arstiabi andmise alal.

6. oktoobril 1944. aastal pöördus Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomisariaat Tallinnasse tagasi. Sellega algas ravi-asutuste võrgu plaanipärane taastamine, meditsiinikaadri töölesuunamine jne.

Maal tuli uuesti luua ravi- ja profülaktikaasutuste võrk. Varustust oli vähe. Suuri raskusi esines ka meditsiini-kaadri vähesuse tõttu.

1945. a. ja 1946. a. jooksul taastati maa-arstijaoskonnad. Seal, kus vastavad ruumid olid säilinud, avati ajutised statsionaarid. Suure kiiruga loodud maa-arstijaoskonnad ja 5—10 voodikohaga kääbusstatsionaarid olid peamised ravi- ja profülaktikaasutused maal ning püsisid sellistena kuni 1950. aasta lõpuni. Üldise arstiabi lähendamisega elanikkonnale tulid nad rahuldavalt toime, kuid neljandal viisaastakul ei saanud nad maaelanikkonnale anda erialast meditsiinilist abi, sest maakonnahaiglad olid väikesed, neid oli vähe ja nad ei olnud küllaldaselt varustatud ega meditsiini-kaadriga komplekteeritud. Esimestel sõjajärgsetel aastatel tuli mitu maa-jaoskonnahaiglat ja ambulatooriumi sulgeda, sest need ei vastanud sanitaarnõuetele.

Maaelanike kindlustatus voodikohtadega haiglates jäid Läti, Eesti ja Leedu NSV-s maha teistest liiduvabariikidest. Selle põhjuseks oli Balti vabariikide vägivaldne lahutamine Nõukogude Liidust pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni. Pärast Suurt Isamaasõda oli maa- jaiglate võrgu kasvutempo Läti, Eesti ja Leedu NSV-s aga suurem kui teistes liiduvabariikides.

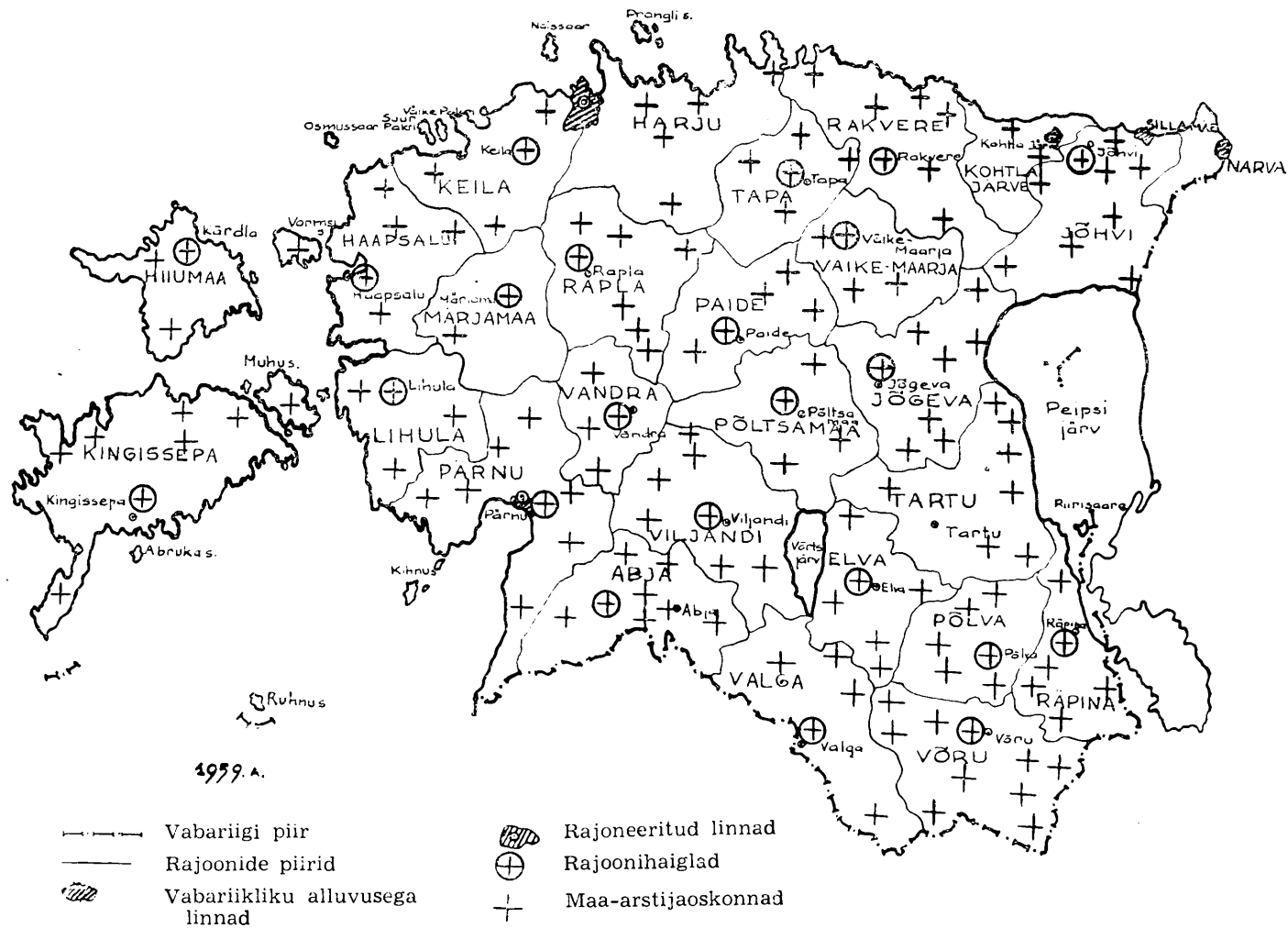
Tabel 1

Maaelanike kindlustatus voodikohtadega 1000 elaniku kohta¹

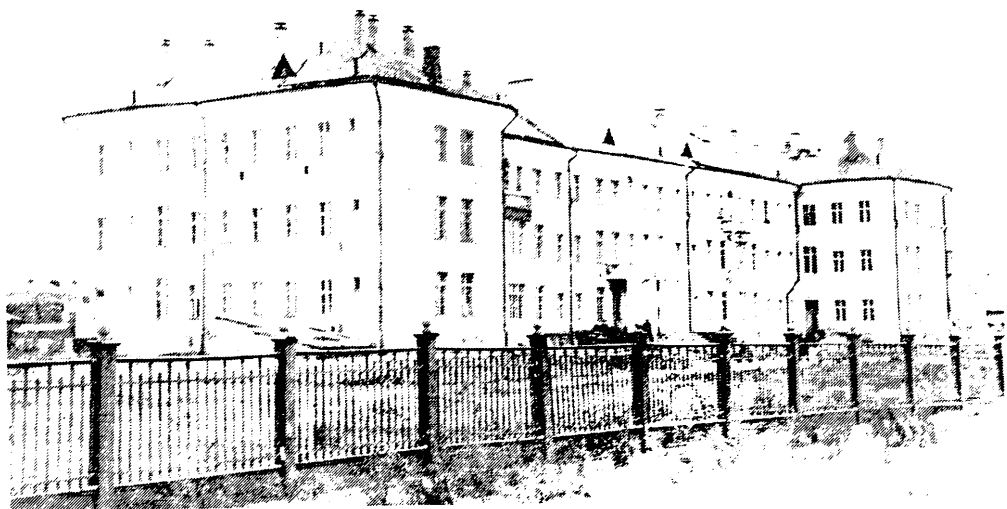
	1945. a.	1946. a.	1950. a.	1955. a.	1958. a.
NSV Liidus	1,6	1,7	2,1	2,7	3,1
Eesti NSV	0,6	1,1	1,5	2,4	2,9
Läti NSV	0,5	0,7	0,6	1,8	2,1
Leedu NSV	0,1	0,2	0,5	1,3	1,1

Märkus: Näitavud NSV Liidu, Leedu ja Läti NSV kohta on toodud 1959. a. rahvaloenduse andmete alusel.

¹ Здравоохранение СССР в 1958. г. статистический сборник ЦСУ СССР М., 1959.



Raviasutused Eesti NSV maarajoonides



Jõhvi rajooni haigla



Krüüdneri Jaoskonna haigla

Keskmise voodikohtade arv rajooni- ja jaoskonnahaiglates

	Rajoonihaig- lad linnades		Rajoonihaig- lad maal		Jaoskonnahaiglad			
	1957	1959	1957	1959	1945	1950	1957	1959
NSV Liidus	93	54 (1958)		54 (1958)			15,8	15,9 (1958)
Eesti NSV-s	71	105	31	35	8,8	10	10,6	15,9
Läti NSV-s	100	—	—	—	—	—	26,6	—

1950. aastal toimus vabariigi territooriumi rajoneerimine — 11 endise maakonna asemel loodi 39 maarajooni. Jaoskonnahaiglate baasil loodi 25 rajoonihaiglat (osa neist on rajoonihaigla funktsioonidega linnahaiglad). Viienda viisaastaku esimestel aastatel oli nendes rajoonihaiglates keskmiselt ainult 25—50 voodikohta. Rajooni- ja jaoskonnahaiglate ruumid kohandati ümber, pehmet ja kõva inventari täiendati, meditsiinitöötajate arvu suurendati.

1957. aastal koondati 28 rajooni tervishoiuosakonnad ja nende funktsioonid pandi rajoonihaiglatele. Ka sanitaar-epidemioloogia jaamad ühendati rajoonihaiglatega.

1959. aastal ühendati rida rajooni ning käesoleval ajal on vabariigis 24 maarajooni, nende hulgas 22, kus rajoonikeskuseks on linn, 20 viimastest on rajoonihaiglad (rajoonihaigla funktsioonidega linnahaiglad). Nendes haiglates on keskmiselt 95 voodit. Kui arvestada, et rajoonikeskuste haiglatega on ühendatud ka tuberkuloositõrje dispanserid, siis on haiglates keskmiselt 105 voodit.

Tallinnat ümbritsevat Harju rajooni teenindab Tallinna Vabariiklik Haigla, kus on 780 voodit.

Tartu linna ümbritsevat Tartu rajooni teenindab 420 voodiga Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla. Ainult Põlva ja Väike-Maarja rajoonikeskused asuvad maal ja sealsetes haiglates on kummaski 35 voodit.

Linnu või rajoonikeskusi ümbritseva elanikkonna teenindamiseks on organiseeritud linna- või rajoonihaigla ümbruse jaoskonnad. Pärnu rajooni teenindab 250-voodiline Pärnu linna haigla linnaümbruse jaoskonna põhimõttel. Kohtla-Järvel ja Narvas on moodustatud linnaümbruse jaoskonnad. Kohtla-Järve haiglas on 275 kohta, Narva haiglas 260 voodikohta. Elanike arv linnaümbruse jaoskondades moodustab umbes $\frac{1}{3}$ vabariigi maaelanikkonnast. See on sammuks edasi maaelanike erialase meditsiinilise teenindamise parandamisel ja selle tõstmisel linnaelanike teenindamise tasemele.

1958.—1959. a. kasutati kõikides statsionaarides 7,3 voodikohta 1000 maaelaniku kohta. Võib öelda, et tänapäeval on igasugune erialane arstiabi maaelanikele kättesaadav. Sel viisil on Eesti NSV-s rajooni- ja linnahaiglad koos linnaümbruse jaoskondadega omandanud maaelanike teenindamisel suurema erikaalu kui jaoskonnahaiglad.

Kui maarajoonihaiglate voodikohtade arvu 1953. a. võtta 100 protsendina, siis oli 1957. a. üleliiduliselt 115%, Eesti NSV-s 131%, 1959. aastal aga 189%. 1957. aastal tõusis rajoonihaiglate voodikohtade arv üleliiduliselt 114%, Eesti NSV-s — 120%, 1959. aastal aga 178,6%.

Viienda viisaastaku jooksul toimus tunduv nihe sünnitus- ja günekoloogilise abi organiseerimisel maal, sest jaoskonnahaiglate juurde loodi sünnitusosakonnad. Pärast rajoneerimist avatud rajoonihaiglates olid ka sünnitusosakonnad. Kuni 1948. aastani said sünnitusabi statsionaaris

65 %, 1954. a. aga juba 95—96 % sünnitajatest. Tunduvalt paranes ka naistenõuandlate töö.

Sõja ja fašistliku okupatsiooni tagajärjed kajastusid laste tervislikul seisundil veel mitme sõjajärgse aasta jooksul. Alles 1950. a. suurenes pediaatrite arv tunduvalt, läbiviidud rajoneerimine aga lähendas pediatrilist abi maaelanikele, laienes lasteosakondade võrk rajoonihaiglates, tunduvalt paranes ka maa-asulate sanitaarne seisund

Tervistavate abinõude rakendamise tagajärjel vähenes laste suremus pidevalt.

Epideemiatega edukaks tõrjeks tuli kiiresti taastada sanitaar-epidemioloogia asutused.

Tänu tõhusale ettevalmistustööle ja vennasvabariikide abile avati 1945. a. algul 1 vabariiklik, 3 linna ja 9 maakonna sanitaar-epidemioloogia jaama koos üheksa laboratooriumi, 18 desinfektsioonipunkti ja 25 toiduainete kontrollpunktiga.

Koos sanitaar-epidemioloogia teenistuse töö kvaliteedi tõusuga muutusid ja kasvasid ka selle ülesanded. Kui esimestel aastatel pärast Eesti NSV vabastamist oli esiplaanil sõjatagajärgede likvideerimine, siis alates 1949. aastast olid esikohal vältiva järelevalve abinõud ja sanitaarjärelevalve uute kolhoosikeskuste ehitamise üle.

Tervishoiu ja heakorra arendamiseks kolhoosikülas lõi väga soodsad tingimused põllumajanduse kollektiviseerimine. Hakati ehitama sovhoose, kolhoose, MTJ, MMJ ja MRJ. Sanitaarteenistus pidi lahendama rea uusi sanitaarhügieenilisi küsimusi maa-asulate planeerimise ja heakorrastamise alal. Kuna meil osa maaelanikke elab veel taludes, siis oli kolhoosikeskuste planeerimisel, koha õigel valikul ja nende ehitamisel suur tähtsus. Põhiliselt on see töö juba läbi viidud.

Kui 1951. aasta algul (rajoonide moodustamise aasta) 26 rajoonikeskuses oli ainult 1—2 arsti, siis 1955. a. olid kõik rajoonikeskused komplekteeritud 5—6 ja enama eriarstiga.

1960. aastal tuleb iga maarajooni kohta keskmiselt 32 arsti. Kui 1950. aastal töötas rajoonikeskustes ja maahaiglates 346 arsti, siis 1955. aastal oli neid 612, 1959. aastal aga 770. Paranes rajooni- ja maahaiglate kindlustatus keskharidusega meditsiinitöötajatega. Nõukogude võimu aastatel tõusis ka meditsiinikaadri kvalifikatsioon.

Tänu maaelanikkonna materiaalsete ja elukondlike tingimuste ning ravi- ja profülaktilise teenindamise kvaliteedi parandamisele ja arstide kvalifikatsiooni kasvule vähenes haigestumus ja suremus, pikenes elanike keskmine eluiga.

Ülalöeldu iseloomustamiseks esitame haigestumuse analüüsi tulemused. 1945. a. uuriti haigestumust 14 maa-arstijaoskonnas elanike arvuga 54 511 inimest, aasta jooksul oli 36 486 esmast külastust ja meditsiinitöötaja kojukutset. 1956. a. toimus nendes maaoskondades elanikkonna haigestumuse teistkordne uurimine esmakordsete külastuste põhjal (mõned saartel asuvad jaoskonnad jäeti välja, sest seal oli pöördumine 1946. aastal vähenenud; Abja jaoskond nimetati ümber linnaks, Väike-Maarja, Märjamaa ja Kose muutusid rajoonikeskusteks, kus 1956. a. töötasid juba põhierialade arstid).

1000 elaniku kohta oli üldine haigestumus 1956. a. 603, 766 vastu 1946. a. ja langes 21,3 %, 1—4 aasta vanustel — 50,1 %, 50—60 aasta vanustel — 1,6 %.

Eesti NSV tervishoiuorganid ja -asutused ei rahuldu nende saavutustega ja püüavad ka edaspidi visalt saavutada veel paremaid tagajärgi, et ausalt täita NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrust: «Elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest».

Медико-санитарное обслуживание сельского населения за годы Советской власти в Эстонии

А. Нордберг

Резюме

Лечебно-профилактические учреждения, созданные в первые годы восстановления Советской Эстонии (1940—1941 гг.), были почти полностью разрушены немецко-фашистскими захватчиками. После Великой Отечественной войны медико-санитарную сеть республики приходилось создавать почти заново.

Между медицинским обслуживанием городского и сельского населения принципиальных различий нет, так как социалистическая система здравоохранения едина по структуре и организационным формам. Различия, если и существуют, носят больше количественный характер и обусловлены местными особенностями сельского хозяйства, условиями труда и быта сельского населения, отдаленностью отдельных населенных пунктов друг от друга.

После освобождения Советской Эстонии от немецко-фашистских оккупантов на ее территории насчитывалось менее 40% больничных коек в городах; из 144 сельских врачебных участков после войны функционировали только 43 сельские амбулатории.

Коллективизация сельского хозяйства создала благоприятные условия для развития здравоохранения и благоустройства колхозного села; стали строиться совхозы, колхозы, МТС, ММС и МРС.

За годы Советской власти сельское здравоохранение Эстонии развивалось успешно и к 1960 году средняя мощность районных больниц повысилась на 89%, а сельских участков — на 76% по сравнению с 1953 годом. Выросли и медицинские кадры: количество врачей на села (включая районные больницы) увеличилось в 2,2, а среднего медицинского персонала — в 4,5 раза по сравнению с 1950 годом.

Произошло значительное улучшение в акушерско-гинекологической службе. В районных и участковых больницах открыты родильные отделения. Увеличилось количество врачей-педиатров. Благодаря проведенным оздоровительным мероприятиям непрерывно снижается детская смертность.

В связи с повышением качества медицинского обслуживания значительно улучшилось здоровье сельского населения. Проведенное изучение общей заболеваемости в 1946 и повторное — в 1956 году в ряде районов республики показало снижение заболеваемости по всем возрастным группам на 21,3%; в возрасте 1—4 года — на 50,1%, а в возрасте 50—60 лет — на 1,6%.

ARSTITEADUSE ARENGUST VABARIIGIS

Arstiteaduse kandidaat A. Gunter

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esimees

Esimeseks ülesandeks nõukogude võimu aastail Eesti NSV-s oli sõja ajal laastatud teaduslike uurimisbaaside taastamine. Sellepärast võis teaduslik uurimistöö Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas alata alles 1945. aasta jaanuaris.

9.—11. märtsini 1945. aastal toimus Eesti NSV meditsiinitöötajate I kongress, kus arutati tervishoiu organiseerimise, meditsiinilise hariduse ja teadusliku uurimistöö küsimusi. Teine tähtis üritus oli Tartu Riikliku Ülikooli teaduslik konverents 14.—16. juulini 1945. aastal. Nii kongress kui ka konverents käsitlesid tol ajal väga aktuaalseid küsimusi arstiteadusliku uurimistöö organiseerimisest. Teaduslikku tööd takistasid uuema meditsiinilise kirjanduse, laboratooriumide seadmete ja reaktiivide puudumine. Katseloomad olid sõja ja okupatsiooni ajal täiesti hävinenud, real juhtudel puudusid elektrivool, gaas jne.

Teaduslikku uurimistööd loeti tol ajal sagei isiklikuks, eraviisiliseks ürituseks, nagu see Eestis oli kodanlikul ajal. Andis tunda metoodiliste juhendite puudumine teaduslikus uurimistöös. Teaduslike töötajate jaoks oli vaja kindlaks määrata tervishoiu praktikas aktuaalsete teaduslike uurimistööde temaatika.

Teaduslike uurimisasutuste taastamisel tulid meie arstiteadlastele appi vennasvabariikide instituudid. 1945. aastal lõpetati Nõukogude Eestis 15 teaduslikku tööd (professorid V. Vadi, A. Valdes, V. Hiie ja A. Raatma, dotsendid K. Kõrge, J. Ennulo ning E. Siirde jt.). Teadusliku töö organiseerimisel oli suur tähtsus professor A. Valdese koostatud metoodilistel juhenditel, mis trükiti 1945. a.

1946. aastal paranesid tingimused teaduslikuks uurimistööks. Sel aastal esitasid Tartu teadlased 24 teaduslikku tööd kirurgia, psühhiaatria, oftalmoloogia, stomatoloogia, teraapia ja farmaatsia alal. Samal aastal toimus Tartus esimene väitekirja kaitsmine arstiteaduse kandidaadi astme taotlemiseks (H. Michelson).

Arstiteadusliku uurimistöö neljanda viisaastaku perspektiivplaanis Eesti NSV-s märgiti 23 probleemi. 1947. aastal arutati seda plaani kriitiliselt NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemias. Selgus, et rida esitatud probleemide oieti polnudki probleemid, vaid ainult teemad ning et mõned probleemid ja teemad ei olnud aktuaalsed. Kõige komplekssemalt töötati läbi probleem «Organismi reaktiivsuse ja regulatsioonivõime uurimine», mille põhjal 1947. aastal lõpetati kümme tööd. Edukalt töötasid reumatismi uurimise alal professor V. Vadi ja tema õpilased. Märkida tuleb ka professor H. Veiderpassi käsiraamatut «Galeeniline farmaatsia». Edukalt kaitsi nelja kandidaadidissertatsiooni (A. Rulli, V. Üprus, J. Saarma ja A. Reiman).

Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna õppejõudude nõupidamisel 5. oktoobril 1948. a. käsitleti bioloogiaküsimusi arstiteaduskonnas ja märgiti ära rida puudusi arstiteaduslikus uurimistöös.

1950. aastal toimus NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ühine sessioon, mille töö avaldas suurt mõju arstiteadusliku uurimistöö arendamisele Eestis.

1952. aastal asus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esmakordselt välja töötama vabariigi üldist arstiteadusliku uurimistöö plaani, kusjuures oli tarvis silmas pidada teadusliku uurimistöö koordineerimist, üksikute küsimuste kompleksset läbitöötamist, uurimistööle üldise suuna andmist ning teadlaste abistamist selles töös ja nende teadlaste väljaselgitamist, kes mitmesugustel põhjustel tegid uurimistööd väljaspool Õpetatud Nõukogu vaatevälja. Sellise plaani koostamise põhieesmärgiks oli teadusliku uurimistöö õige suunamine tähtsamate aktuaalsete probleemide lahendamisele tervise kaitse ja nakkushaiguste vastu võitlemise alal. Õpetatud Nõukogu juurde loodi probleemikomisjonid ja alalised komiteed, kes tegid üsna palju teadusliku uurimistöö planeerimisel.

1952. a. plaan sisaldas 17 aktuaalset probleemi teoreetilise ja praktilise meditsiini alal. 1953. aastal tegid teaduslikku tööd meie vabariigis juba 103 teaduslikku töötajat ja 98 tegelikku arsti.

1952. aasta algul oli meil 8 vabariiklikku ja 11 kohalikku arstide seltsi. Aasta lõpul oli neid juba 27.

1953. aastal lõpetati Eesti NSV-s 68 arstiteaduslikku tööd. Neist kuulusid 23 ravi- ja profülaktikaasutustes töötavatele arstidele. Trükkis ilmus 1953. aastal 26 tööd. Ajakirjandusele anti 108 artiklit. Teaduslikud töötajad esinesid Moskvast, Leningradist ja teistes linnades 30 ettekandega. Vabariiklikel konverentsidel tehti 195 ning arstide seltsides ja aktiivpäeval 203 ettekannet. Kaitsmiseks esitati 13 kandidaadidissertatsiooni. Kolm dissertatsiooni nendest kuulusid ravi- ja profülaktikaasutustes töötavatele tegelikele arstidele.

1954. aastal lõpetatud tööde arv kasvas (vt. tabel 1). Kaitsi 21 kandidaadidissertatsiooni. Trükkis ilmusid kogumikud «Nõukogude Eesti Tervishoid», mis olid organisatsiooniliseks aluseks arstiteadusliku ajakirja väljaandmisele.

Lõpetatud ja avaldatud arstiteaduslike tööde arv Eesti NSV-s

Aasta	Lõpetatud tööd	Trükitud tööd	Ettekannete arv vabariiklikel teaduslikel konverentsidel
1953	68	26	195
1954	113	35	218
1955	169	192	251
1956	175	178	307
1957	276	289	502
1958	357	356	192
1959	466	426	227

Praegu tegelevad arstiteadusliku uurimistöö plaani täitmisega 149 teaduslikku töötajat ja 198 tegelikku arsti. Läbitöötamisel on 18 teoreetilise ja praktilise meditsiini aktuaalset probleemi ja üle 300 teema.

Eesti NSV arstiteadusliku uurimistöö perspektiivplaanis on arvesse võetud kaasaegse praktilise tervishoiu probleemid, millel on suur tähtsus vabariigi rahvamajanduse arendamise seisukohalt seitseaastakul, nagu näiteks: võitlus tuberkuloosi, reumatismi, laste suremuse, traumatismi ning kutse- ja nakkushaigustega, toimumise teaduslikud alused, naiste tervise kaitse ja rida teisi aktuaalseid probleeme.

Pärast nõukogude võimu kehtestamist Eestis on üles kasvanud arvukas hästi ettevalmistatud noorte teadlaste kaader, kes suudab lahendada printsiipiaalseid ja praktilisi ülesandeid eesrindliku teaduse tasemel.

Seitseaastaku perspektiivplaan teaduse alal nõuab mõnede teaduslike uurimisinstituutide struktuuri tõsist parandamist. Aktiivse planeerimise printsiip, mis vajab labiilset struktuuri, teeb need muudatused vajalikuks.

Üheks lähemaks ja suuremaks ürituseks on Tallinna Vabariiklik Haigla 1962. aastaks muuta praktilise teraapia ja kirurgia instituudiks. Lähema viieteistkümne aasta jooksul asutatakse Tallinnas reumatismi instituut ning hügieeni, kutsehaiguste ja tervishoiuorganisatsiooni instituut, Tartus aga eksperimentaalse ja kliinilise endokrinoloogia instituut, tunduvalt arendatakse eksperimentaalset meditsiini ja onkoloogiat, täiustatakse laboratooriumide sisustust ja laiendatakse Vabariiklikku Teaduslikku Meditsiinilist Raamatukogu.

Millised siis on meil põhilised saavutused uute meetodite uurimisel, diagnostika, haiguste profülaktika ja ravi alal?

Esmajärjekorras tuleb märkida Tartu teadlaste viljakat tööd. Tartu Riikliku Ülikooli füüsikakateedris on rea aastate jooksul tehtud edukat tööd originaalsete aero- ja hüdroionisaatorite ning ionide loendajate loomisel (J. Reinet). Ülikooli arstiteadlased kasutavad edukalt neid võrdlemisi uusi aparate mitmesuguste haiguste profülaktikas ka ravimisel. Eriti paljutöötavad on uued meetodid ülemiste hingamisteede haiguste ravimisel (dots. E. Siirde).

Uued aparaadid reieluukaela murdude kirurgiliseks ravimiseks on konstrueerinud prof. L. Šostak ja arstiteaduse doktor J. Ennulo. L. Šostaki aparati kasutatakse kõikides Tallinna haiglates, mõnedes rajoonihaiglates ning Moskva ja Leningradi kliinikutes.

Haige seisundi uurimiseks kirurgilise operatsiooni ajal töötas dotsent A. Rulli välja originaalse aparadi — tonointervallograafi. Assistent K. Rägo konstrueeris uue kergesti käsitsetava aparadi põhiainevahetuse uurimiseks. Praktikas kasutatakse laialdaselt dotsent A. Seppo reponaatorifiksaatorit.

Peale aparaatide on välja töötatud terve rida uusi ravi- ja diagnostikameetodeid. Eesti NSV teeneline teadlane prof. F. Lepp koos dots. S. Laa-

nese ja E. Tallmeistriga töötasid välja uue meetodi tuberkuloositekitaja kultiveerimiseks kanaembrüol, mille kasutamisel tuberkuloosikepike kasvab kiiremini. Sellel meetodil on suur tähtsus kopsutuberkuloosi varajasel diagnoosimisel.

Dotsent K. Kõrge ja assistent M. Eitelberg löid ussimürgi kasutamise teadusliku meetodi liigeste krooniliste nakkushaiguste puhul.

Probleemi «Sekretoorsete protsesside biokeemia» lahendamisel töötab edukalt professor E. Martinson.

Kohaliku patoloogia uurimise alal olid tõhusaks panuseks Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri töötajate tööd (peaarst V. Paškov).

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis töötati välja preparaat «Rutiin», mille katsetamine on lõppenud ja mida praegu kasutatakse kogu Nõukogude Liidus. Preparaat on ka NSV Liidu farmakopöa nomenklatuuris. Praegu on aprobatsioonijärgus preparaat «Humisool» (Eesti ravimuda biogeenne stimulaator).

Esitatud on terve rida kirurgilisi ravimeetodeid. Nii soovitas arstiteaduse doktor J. Ennulo ravida bronhiaalseid fistuleid deepidermiseeritud nahalapikeste kirurgilise ümberistutamise abil.

Professor A. Linkberg töötas välja uue kirurgilise meetodi kusepõie loomiseks jämesoolest.

Professor L. Šostak esitas uue meetodi kusepõie vähi ja kaasasündinud ektopia kirurgiliseks ravimiseks. Kõik need tööd on publitseeritud vabariikliku kirurgide konverentsi ettekannete teesides.

Viimaste aastate jooksul on tervishoiupraktikasse juurutatud rida uusi profülaktika- ja ravimeetodeid. Nende hulgast tuleb esile tõsta kaitsepookimisi poliomüeliidi ja läkaköha vastu ning kolienteriitide bakterioloogilist diagnostikat, milles oli suur osa Tervishoiu Ministeeriumi Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudil. Selles instituudis on peale soolteinfektsioonide uurimise märkimisväärsed tulemused saavutatud veel koolihügieeni alal. Instituudis toimub poliomüeliidi ja teiste viirushaiguste uurimine.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis on pearõhk asetatud tööhügieeni ja professionaalse patoloogia uurimisele vabariigi põhilistes tööstusharudes, tuberkuloosivastasele võitlusele ja Eesti ravimudade mehaanilise toime tundmaõppimisele. Laialdast uurimistööd on tehtud tööhügieeni ja kutsehaiguste alal põlevkivitööstuses. On koostatud ja ellu viidud uued põlevkivitööstuse sanitaareeskirjad ning kindlaks määratud uute tsehhide ja ettevõtete (gaasigeneraatoritsehhide) projekteerimise sanitaarsed alused. Igakülgsest on läbi uuritud pneumokonioosi ja vibratsioonitõve küsimused ning mitmesuguste põlevkivitööstuse produktide toksiline ja kantserogeenne mõju organismile. Uuringute tulemused juurutatakse vahetult tootmisse ja tervishoiupraktikasse. Erilist tähelepanu pälvib teadusliku töötaja I. Kuusiku töö vastsündinute perkutaanse tuberkuloosivastase kaitsepookimise alal, mille laialdase praktilise kasutamise otstarbekus on silmaga nähtav.

Nõukogude arstiteaduse saavutused tehakse arstidele kättesaadavaks ja juurutatakse tervishoiupraktikasse. Nii näiteks kasutatakse üldiselt toruluude kinniste ja lahtiste murdude osteosünteesi meetodit. Puuduseks on aga vastava aparatuuri vähesus, mis takistab selle meetodi juurutamist rajoonihaiglates.

Tallinnas ja Tartus on arenema hakanud torakaalkirurgia, kuid seda piirab aparatuuri ja instrumentide vähesus. Viimastel aastatel juurutatakse kirurgiasse uusi anesteesia meetodeid. Kuid siin on mahajäämus narkotiseerijate brigaadide organiseerimise ja kaadri ettevalmistamise alal. Raskused tekivad ka halbade adsorbentide ning aparatuuri mittekomplektsuse ja puudulikkuse tõttu. Potentseeritud narkoosi arengut

takistab ka paljude vajalike medikamentide ning preparaaside puudumine või vähesus.

Kuid saavutuste kõrval on meie teaduslikus ja praktilises töös ka terve rida puudusi, mille kõrvaldamise eest peame järjekindlalt ja visalt võitlema.

Meie vabariigis on vähearenenud alaks ortopeedia. Tartu Riiklik Ülikool juhib ortopeediaalast tööd teaduslikult ja metoodiliselt nõrgalt.

Peaaegu puudub söögitoru- ja veresoontekirurgia.

Sünnitusabis kasutatakse vähe vaakuumekstraktorit, mis vähendab sünnitustrasmasid.

Teaduslike saavutuste propageerimisel on suur tähtsus arstiteaduslikel seltsidel (neid on 45) ja vabariiklikel teaduslikel konverentsidel. Uute ravi- ja profülaktikameetodite ning eesrindlike kogemuste populariseerimisel on tähtis osa ajakirjal «Nõukogude Eesti Tervishoid», mille kaudu jõuavad arstideni kaasaegse meditsiini tähtsamad saavutused.

Edaspidi tuleb osutada suuremat tähelepanu peaspetsialistide tööle ja arvamustele. Tuleb kokku kutsuda peaspetsialistide nõupidamisi, mis aitaksid aktiivselt kaasa uusimate (nii meie, üleliiduliste kui ka välismaiste) teaduse saavutuste kiiremale ja laialdasemale praktikasse juurutamisele. Peaspetsialistid peavad avaldama oma arvamist kõigi uute ettepanekute kohta ja oma otsustes välja töötama konkreetseid abinõud uute meetodite, profülaktika ja ravi ning seadmete ja aparatuuride lõplikuks vormistamiseks, esitamiseks ja aprobeerimiseks, määrates seejuures kindlaks otsuse täitmise tähtajad ja kontrolli selle üle.

Laialdasemalt on tarvis kasutada teaduslikke lähetusi, saata arste kohapeale tutvuma meie maa suuremate raviastutuste eesrindlike kogemustega.

Seni on side tegelike arstide ning meie uurimisinstituutide ja Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna vahel nõrk. Teadlastel peab olema tihedam kontakt praktilise meditsiiniga ja nad peavad rohkem abistama teadusliku tööga tegelevaid arste. Samuti peaksid teadlased aktiivsemalt osa võtma arstiteaduslike seltside tööst.

Kõike öeldut kokku võttes tuleb märkida, et arstiteaduse arendamisel vabariigis seisab ees veel suur töö. Arvestades neid suuri võimalusi, mille meile on andnud Kommunistlik Partei ja Nõukogude valitsus, teevad meie meditsiinitöötajad kõik selleks, et arstiteadust vabariigis edasi arendada.

О развитии медицинской науки в республике

А. Гунтер

Резюме

Восстановление научно-исследовательских баз в республике явилось одной из важнейших задач с первых дней Советской власти в Эстонии. Поэтому I съезд медицинских работников ЭССР и научная конференция Тартуского госуниверситета уже в 1945 г. выдвинули важнейшие вопросы по организации здравоохранения и научно-исследовательской работы.

Ученым-медикам ЭССР в деле восстановления научно-исследовательских баз была оказана помощь со стороны институтов братских союзных республик. В 1945 г. было закончено 15 исследовательских работ. В 1946 г. ученые-медики Тарту представили 24 работы по вопросам хирургии, психиатрии, офтальмологии, стоматологии, терапии и фармации.

В перспективном плане на четвертую пятилетку в области медицины в ЭССР было намечено к разработке 23 проблемы. Наиболее комплексно разрабатывалась проблема «Исследование реактивности и регуляторных способностей организма», по которой в 1947 г. было окончено 10 работ. Изучению ревматизма были посвящены работы В. Вадн и его учеников. Из печати вышла работа Н. Вейдерпасса «Галеновая фармация». Успешно защитили свои диссертации А. Рулли, В. Юпрус, Ю. Саарма и А. Рейман.

В 1952 г. ученый совет Минздрава ЭССР впервые приступил к составлению общереспубликанского плана научно-исследовательских работ по медицине, который содержал 17 проблем. Наряду с научными работниками в исследовательскую работу включились и многие врачи-практики из больниц, диспансеров и санаториев.

В 1953 г. было закончено уже 68 и опубликовано 26 исследований. Научные работники ЭССР выступали в Москве, Ленинграде и других городах с 30 докладами, на республиканских научно-практических конференциях было сделано 203 доклада. К защите было представлено 13 кандидатских диссертаций. В 1954 г. была защищена 21 кандидатская диссертация.

В настоящее время в выполнении плана научно-исследовательских работ по медицине участвуют 149 научных работников и 198 врачей-практиков. Известные достижения имеются и в изыскании новых методов диагностики, профилактики заболеваний и лечения. В Тартуском госуниверситете ведется успешная работа по созданию аэроионизаторов, гидроионизаторов и счетчиков ионов. Л. Шостак и Ю. Эннуло создали новые аппараты для хирургического лечения переломов шейки бедра. А. Рулли предложил аппарат-тоноинтервалограф для исследования состояния больного во время хирургической операции. К. Ряго создал портативную аппаратуру для исследования основного обмена. Широкое практическое применение нашел репонатор-фиксатор А. Сеппо.

Ф. Лепп совместно с С. Лаанесом и Э. Таллмейстером разработали новый метод культивирования возбудителя туберкулеза на курином эмбрионе. К. Кырге и М. Эйтельберг обосновали методы применения зменного яда при лечении хронических инфекционных заболеваний суставов. Ю. Эннуло предложил хирургический метод лечения бронхиальных свищей пересадкой дезпидермизированного кожного лоскута. А. Линкберг разработал новый хирургический метод создания мочевого пузыря из толстой кишки. Л. Шосгак предложил новый метод оперативного лечения рака и врожденной эктопии мочевого пузыря.

Значительный вклад в изучение гигиены труда в сланцевой промышленности внесли работы Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР, а в изучение зубной болезни — работы Республиканского противозубного диспансера. Важное место занимает Таллиннский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены, занимающийся вопросами кишечных инфекций, школьной гигиены и вирусных заболеваний.

Представление о развитии научных исследований за последние 5 лет дают цифры опубликованных научных работ. Так, в 1955 г. учеными-медиками и врачами-практиками ЭССР опубликовано 192 работы, в 1956 г. — 178, в 1957 г. — 289, в 1958 г. — 356, в 1959 г. — 395.

В деле повышения квалификации медицинских кадров важное значение имеют научные врачебные общества, которых к 1960 г. имеется в ЭССР — 45.

За годы Советской власти в ЭССР выросли медицинские кадры, способные решать все поставленные перед ними задачи.

Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna tegevus ajavahemikul 1940—1960

Professor A. Linkberg,

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan

Perioodil pärast Suurt Isamaasõda on TRÜ arstiteaduskond oma kolme osakonnaga olnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kõrgema haridusega meditsiinitöötajate sepikojaks. Kui ajavahemikul 1945—1950 arstiteaduskonna lõpetajate arv oli väga väike ja piirdus vaevalt mõnekümnega aastas, siis oli Tervishoiu Ministeeriumil muidugi suuri raskusi vabade arstikohtade täitmisega. See kestis kuni 1951. aastani. Siis hakkas lõpetama juba rohkem noori, kes olid ülikooli astunud pärast okupatsiooni. 1956. aastast alates lõpetab igal aastal TRÜ arstiteaduskonna keskmiselt 150 arsti, 24 stomatoloogi ja 25 farmatseuti. TRÜ arstiteaduskonnas õpib 1959/60. õppeaastal kolmes osakonnas kokku 1209 üliõpilast; neist raviosakonnas 969, stomatoloogiaosakonnas 119 ja farmaatsiaosakonnas 121 üliõpilast. Selge ülevaate saamiseks lõpetajate arvust ja kaadri juurdekasvust järgmistel aastatel, esitame andmed üliõpilaste arvu kohta kursesüste järgi 1959/60. õppeaastal.

Raviosakond:

I kursus	201	(eesti osakond	160,	vene osakond	41)
II	"	175	("	145, " " 30)
III	"	159	("	127, " " 32)
IV	"	156	("	123, " " 33)
V	"	138	("	97, " " 41)
VI	"	140	("	97, " " 43)

Kokku:	969	749	220
--------	-----	-----	-----

Stomatoloogiaosakond

I	kursus	25
II	„	26
III	„	29
IV	„	15
V	„	24

Kokku 119

Farmaatsiaosakond

I	kursus	25
II	„	27
III	„	25
IV	„	18
V	„	26

Kokku 121

Pärast sõda on TRÜ arstiteaduskond välja lasknud ligi 2000 kõrgema haridusega meditsiinitöötajat ja tänavu annab ta oma teise panuse seitse-aastaku eduka täitmise arvel. Peab ütlema, et see panus on võrdlemisi suur. Teistkordselt meie vabariigi ajaloos lõpetab tänavu TRÜ arstiteaduskonna ligi 200 noort kõrgema haridusega meditsiinitöötajat, nendest 140 raviosakonnas, 26 farmaatsiaosakonnas ja 24 stomatoloogiaosakonnas. Juba tänavu on meie vabariigi kaugemad rajoonid, nagu saared, samuti ka meie tööstusrajoonid peaaegu kogu ulatuses komplekteeritud vastava meditsiinikaadriga. Järgnevatel aastatel suureneb arstiteaduskonna lõpetajate arv veelgi. Arvame, et juba enne seitse-aastaku lõppu peaks lõpetajate arv raviosakonnas vastama vajadusele. Stomatoloogia- ja farmaatsiaosakonnad rahuldavad juba nüüd Eesti NSV vajadusi täies ulatuses.

Arstiteaduskonnas ei tegelda mitte ükski õppe- ja kasvatus-, vaid ka teadusliku tööga. Praegu töötab selles teaduskonnas 14 arstiteaduse doktorit, neist 14 professorit, 46 arstiteaduse kandidaati ja 52 assistenti, kes peale kaadri ettevalmistamise teevad ka teaduslikku tööd. Aastast aastasse kasvab arstiteaduskonna õppejõudude teaduslike tööde arv, 1957. a. tõusis see juba 186 trükis avaldatud tööni. 1958. aastal oli trükitud tööde arv juba üle 200 ja 1959. aastal tõusis arstiteaduskonna õppejõudude trükitud tööde ja teeside arv 250-le, nendest kanti väljaspool meie vabariiki teaduslikel sessioonidel ette 25 tööd. Samal aastal esitati arstiteaduskonna üliõpilaste poolt 15 auhinnatööd. (Olgu märgitud, et enne 1940. aastat esitati keskmiselt 3—4 auhinnatööd aastas).

Enamik arstiteaduskonna kateedrite juures organiseeritud teaduslike ringe töötab hea eduga. Töö tulemusena esitatakse siin igal aastal 1. maiks auhinnatööd ja ettekanded üliõpilaste teaduslikel konverentsidel. Kuid meil on ka niisuguseid kateedreid, kus töö üliõpilastega kulgeb veel loiult ja kateedri kogu eksisteerimise vältel ei ole ilmunud ühtegi auhinnatööd. Loomulikult tuleb sellest vastavatel kateedritel teha oma järeldused.

Seejuures peavad ka õppejõud ise kogu aeg aktiivselt end täiendama oma erialal, omades või kaitstes doktori või kandidaadi teaduslikku kraadi, mis oleks õppejõu kvalifikatsiooni kinnituseks. Loomulikult võib erijuhtudel suurte praktiliste kogemustega eriteadlane olla hea õpetaja ja kasvataja ka ilma teadusliku kraadita, nagu seda on praktika näidanud ja mida ka Kõrgema Hariduse Ministeerium lubab. Meie peame aga püüdma, et ka need eriteadlased oma kvalifikatsiooni täiendavad teadusliku kraadi omandamisega. Kas on meil arstiteaduskonnas selles suhtes kõik korras? Peab ütlema, et ei ole. Muidugi, kui me võrdleme arstiteaduskonna õppejõudude koosseisu teiste kõrgemate meditsiiniinstituutidega Nõukogude Liidus, siis oleme, välja arvatud Moskva ja Leningradi mediti-

siiniõppeasutused, arstiteaduse doktorite poolest heas olukorras, sest meil on arstiteaduskonnas 21 kateedrijuhatajast 14 doktorikraadiga, samuti on meil kandidaadikraadiga assistente keskmiselt rohkem kui teistes Nõukogude Liidu meditsiiniinstituutides, kuid peame mõtlema ka tulevikule. Kõik meie doktorikraadiga professorid on 60 aasta piirides ja mõned on isegi ületanud 70-eluaasta. Meie austus ja lugupidamine kuulub neile, kuid peame siiski tõsiselt mõtlema ka uuele vahetusele. Tõsi, meil on valmimas 6 doktoridissertatsiooni lähema 1—2 aasta jooksul ja üks on juba üle aasta valmis, kuid kaitsmine ei ole toimunud tehniliste raskuste tõttu. Tuleb mainida, et ka kõik need 6 doktorikandidaati on ligi 50-aastased ja pooled nendest kindlasti ületavad 50. eluaasta piiri enne oma doktoridissertatsiooni kaitsmist. Järelikult on need 6 tulevast doktorit peaaesjalikult ainult väljavahetuseks praegusele professorile ja juurdekasv on minimaalne ning meie oleme veel kaugel ajast, kus meie igas kateedris oleks kaks doktorikraadiga õppejõudu. Siit järeldus: meie peame energilisemalt kasutama Kõrgema Hariduse Ministeeriumi poolt lubatud loomingulisi puhkusi doktoriväitekirjade lõpetamiseks. Algas selles suhtes on tehtud, tuleb ainult järjekindlalt edasi minna.

Kandidaadikraadi omandamine kulgeb enamvähem rahuldavalt, kuid viimasel ajal on ka see üritus aeglustunud seoses Kõrgema Hariduse Ministeeriumi uute direktiividega teaduslike kraadide kaitsmisel, kuid see aeglustumine on enam tehnilist laadi ja loodame, et lähemal ajal see likvideeritakse. Meil on vaja kasvatada kohalikku kaadrit ja eesmärgiks olgu käesoleva seitseaastaku jooksul saavutada vähemalt 25% meie teaduskonnas teaduslike kraadide juurdekasvu.

Elame praegu aatomiajastul, kus füüsika, biofüüsika, biokeemia ning bioloogia väga kiiresti arenevad ja leiavad laialdast rakendamist arstiteaduses nii ravi kui ka diagnostiliseks otstarbeks. Peame taotlema, et nende ainete õpetamine muutuks arstiteaduskonna üliõpilastele lähedasemaks, ja süvendama viimaste teadmisi nende ainete kasutamise alal meditsiinis.

Kodanlikul ajal oli radioloogiainstituut, kus arstiteadlastele õpetati röntgenoloogilist diagnostikat, peamine rõhk pandi aga röntgenoloogilisele ja radioloogilisele ravile. 1948. aastal likvideeriti see instituut ja praegu on meie üliõpilastel ainult ebamäärane kujutlus röntgenoloogilisest ja radioloogilisest ravist. Selle lünga peame kõrvaldama. TRÜ arstiteaduskonnale on tehtud ülesandeks organiseerida vastav kateeder ja laboratoorium ning algavast õppeaastast peame suurendama radioloogia õpetamist meie vanemate kursuste üliõpilastele.

Nagu füüsika, nii ka mikrobioloogia, iseäranis aga sellele lähedane ala — viroloogia on käesoleval ajal väga palju arenenud ja suuremates teaduslikes keskustes moodustavad need täiesti omaette instituudi või kateedri. Ka TRÜ arstiteaduskonnas on samme astutud viroloogia laboratooriumi avamiseks järgmisel õppeaastal.

Viimastel aastatel on anestezioloogia kujunenud täiesti iseseisvaks teadusharuks, ilma milleta ei ole tänapäeval mõeldav rindkere kirurgia. Anestezioloogia peab moodustama täiesti omaette distsipliini. Seda silmas pidades on arstiteaduskonnas samme astutud vastava aspirantuuri loomiseks, et hiljem välja kujundada anestezioloogiline keskus teaduskonna juures. Seesugune keskus on vajalik teaduskonnas nii üliõpilastele vastava aine õpetamiseks kui ka arstide teadmiste täiendamiseks anestezioloogia alal.

Kaheksa aasta eest likvideeriti arstiteaduskonnas terve rida kateedreid ja ühendati mehaaniliselt teistega. Nii ühendati meil 1) sisehaiguste propedeutika ja neuroloogia kateedrid, 2) patofüsioloogia ja teaduskonna sisehaiguste kateedrid, 3) mikrobioloogia, nakkushaiguste, veneroloogia ja

dermatoloogia kateeder, 4) topograafilise anatoomia ja operatiivse kirurgia kateeder liideti teaduskonna kirurgiakateedriga, 5) kohtuarstiteaduse kateeder psühhiaatriakateedriga. Dekanaadi poolt on samme astunud rektoraadi kaudu, et need kateedrid, kus seda lubavad vastavad koosseisud, juba käesoleval aastal endisel kujul taastataks.

Loomulikult tagab ajakohase ravi ja teaduslike tööde tegemist nii teoreetilistes kui ka kliinilistes kateedrites vastav õppe- ja teaduslik aparatuur ja laboratooriumid ajakohase sisustusega. Peab ütlema, et selles suhtes olid meie kliinilised ja teoreetilised kateedrid kuni viimase ajani ebarahuldavas olukorras, kuid tänu rektoraadi ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ühistele jõupingutustele paranes see olukord iga aastaga. Peale selle sai arstiteaduskond möödunud aastal Eesti NSV Ministrite Nõukogult, tänu A. Müürisepa vastutulekule, 300 000 rubla teadusliku aparatuuri muretsemiseks. Ühes materiaalse baasi täiendamisega on tunduvalt paranenud ka meie õppe-pedagoogiline koosseis võrreldes 1. jaanuari 1945. a. andmetega. Nii oli arstiteaduskonnas:

	1. I 1941	1. I 1945	1. I 1960
Kateedrijuhatajaid-professoreid ja dotsente	29	13	32
Kateedriprofessorid ja dotsendid	3	—	—
Dotsendi kt.	—	—	5
Vanemõpetajaid	6	4	10
Assistente	61	20	65
K o k k u	99	37	112

Seega ületab teaduskonna õppejõudude üldarv okupatsioonieelse teaduskonna koosseisu 13 isiku võrra. See kõik tagab intensiivsema teadusliku töö ning suuremate kollektiivide kontsentreerumise üksikute aktuaalsete probleemide igakülgselt lahendamiseks.

Meie praegune teaduslike tööde probleemistik on killustatud, sisaldab palju küsimusi, kus iga kateeder ja isegi kateedri üksikud liikmed tegelevad selle alaga, mis antud juhul on võimalik. Oleks loomulik, et meie teaduskonna üksikud kateedrid või grupp vastavaid eriala kateedreid töötaks ühe probleemi lahendamisel, nii väheneks probleemide arv ja töö tagajärjed oleksid paremad. Praegu on meil ainult mõned kateedrid, kes sel printsiibil töötavad, nagu patoloogilise anatoomia, biokeemia ja veel mõned teised.

TRÜ arstiteaduskond valmistab kõrgema meditsiiniharidusega kaadrit Eesti NSV-le. On arusaadav, et arst, kes pärast ülikooli lõpetamist töötab mõne aasta perifeerias, peab oma teadmisi täiendama arstiteaduse uusimate saavutuste alal. Selleks otstarbeks on NSV Liidus loodud arstide täiendusinstituudid. Korduvalt on pööratud tähelepanu sellele, et need instituudid ei täida oma ülesannet ja möödunud aastal soovitas NSV Liidu tervishoiu minister rohkem kasutada kohalikke baase vastava eriala õppejõu juhendamisel. Seda asjaolu arvesse võttes oleks meil Eesti NSV arstide ettevalmistamise asutusena arstiteaduskonnas juba praegu võimalik ilma suuremate koosseisude muutmiseta organiseerida arstide täiendamist senisest laiemas ulatuses mitmel erialal, nagu teraapia, kirurgia, pediaatria, günekoloogia, neuroloogia ja uroloogia.

Üheks tõsiseks kitsaskohaks meie õppe-, teaduslikus ja ravitöös on TRÜ arstiteaduskonna õppe-, teadusliku ning ravi-profülaktiliste asutuste vähesus ja sellest tingitud ruumipuudus, sest mis kasu on moodsatest ajakohastest aparatuuridest, kui puudub vastav ruum, kus neid võiks üles seada ja otstarbekalt kasutada.

Tuleb arvestada, et Tartu on Suure Isamaasõja vältel kaks korda olnud raskete lahingute tallermaaks, mille tagajärjel Tartu Riiklik Ülikool, eriti aga arstiteaduskond sai raskesti kannatada. Kliinikute hävi-

mise tagajärjel kaotasid kaks põhikateedrit (hospitaalsisehaiguste ja sisehaiguste propedeutika) oma õppebaasi ja on sunnitud praegu töötama 85 voodikohaga Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonna baasil, kuigi kummalgi kateedril peaks olema omaette 85 kohaga kliinik. Ka need haiglad, mis on sõjast säilinud, ei ole ainult 1200 arstiteaduskonna üliõpilase kliiniliseks õppebaasiks, vaid samades kliinikutes teevad oma õppepraktikumi läbi ka enam kui 400 meditsiinikeskkooli õpilast.

Olukord paraneb, kui Tartusse ehitatakse uus 400 voodikohaga kliiniline haigla. Selle haigla käikulaskmisel on võimalik sama profiiliga haigeid mahutada ühte majja, mis annaks häid tulemusi just niisugustel erialadel, nagu kirurgia, kus kasutatakse palju kalleid aparate ja instrumente.

Real meie teoreetilistel kateedritel, nagu patoloogilise füsioloogia kateedril, puuduvad vastavad ruumid. TRÜ on selle võtnud oma ehitusprogrammi ja on loota, et kahe lähema aasta jooksul saab patoloogilise füsioloogia kateeder ajakohased ruumid.

Meie farmaatsiaosakonna üliõpilastel puudub moodne apteek, kus nad võiksid sooritada oma praktikumi kõigi nõuete kohaselt. Selle puuduse likvideerib Tartu Linna Täitevkomitee uue apteegi ehitamisega.

Arstiteaduskonna arenemisperspektiivid 1970. aastaks on aga veel palju suuremad. Meil on hädasti vaja uut neuro-psühholoogiahaiglat, samuti vajavad laiendamist ja uusi ehitusi neurokirurgia ning pediaatria õppe-, ravi- ja profülaktikabaas.

Tähtis lüli meie töös on noorte arstide õpetamine polikliiniliseks tööks. Kõigil on teada Tartu Linna Polikliiniku ruumide kitsus, mille tagajärjel õppetöö korraldamine nõutaval kõrgusel on raskustega seotud. Praeguse polikliiniku kasutuses olevad ruumid ei vasta nende nõuetele, mis tänapäeval polikliinikule esitatakse.

Seitse aastaku plaani realiseerimine on suureks sammuks edasi. TRÜ arstiteaduskond omalt poolt teeb kõik, et ettenähtud perspektiivplaani leiaks ennetähtaegset realiseerimist. Ennastsalgavalt töötades võime järgnevatel aastatel oma rahva tervishoiu alal veel palju paremaid tagajärgi saavutada.

О деятельности медицинского факультета Тартуского государственного университета за 1940—1960 гг.

А. Линкберг

Резюме

В послевоенные годы медицинский факультет Тартуского государственного университета явился основной базой по подготовке высших медицинских кадров в Эстонской ССР.

С каждым годом рост кадров увеличивается. Если за 1945—1950 гг. число выпускников ограничивалось лишь несколькими десятками в год, то с 1956 г. факультет ежегодно в среднем выпускает 150 врачей, 24 стоматологов, 25 фармацевтов. На трех отделениях медицинского факультета в 1959/1960 учебном году обучается 1209 студентов. За прошедшие 20 лет факультет окончило около 2000 человек.

Медицинский факультет университета проводит и большую научную работу. В настоящее время там работают 14 докторов и 46 кандидатов медицинских наук и 52 ассистента, которые наряду с подготовкой кадров проводят и научную работу. Количество научных работ, выполняемых преподавательским коллективом факультета, с каждым годом увеличивается: в 1957 г. вышло из печати 186 научных работ, в 1958 г. — свыше 200 и в 1959 г. — 250. Студенты медицинского факультета в 1959 г. выполнили 15 конкурсных работ.

Большинство научных кружков, организованных при кафедрах, работают успешно, но имеются и такие, где работа со студентами ведется еще недостаточно.

Преподавательский состав медицинского факультета должен шире использовать возможности, предоставленные Министерством высшего образования СССР, предоставлять медицинским работникам творческие отпуска для подготовки докторских и кандидатских диссертаций.

Необходимо восстановить и ряд кафедр, которые в течение нескольких лет были объединены или ликвидированы, и создать новые.

Проведение в жизнь семилетнего плана явится для медицинского факультета Тартуского государственного университета крупным шагом вперед в подготовке высококвалифицированных медицинских кадров республики.

EESTI NSV KIRURGIATEENISTUSE 20. AASTAPÄEVAKS

Professor L. Šostak

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg

Vabariigi 20. aastapäeva tähistavad Eesti NSV meditsiinitöötajad tähelepanuväärsel aastal, mil NLKP Keskkomitee võttis vastu määruse, mis kohustab maksimaalselt parandama elanikkonnale antava meditsiinilise abi kvaliteeti.

Nõukogude Eesti kirurgiateenistus tähistab kahekümnendat aastapäeva tunduvate saavutustega, mille tähtsust ei tule vähendada, kuid ka mitte üle hinnata, sest need edusammud ei ole mitte ainult Eesti NSV tervishoiu, vaid on kogu NSV Liidu kirurgiateenistuse tohtu edasiliikumise tulemused.

Kakskümmend aastat tagasi oli Eestis ainult kaks keskust (Tallinn ja Tartu), kus kirurgiline tegevus oli tolle aja kohta küllaldaselt määral arenenud. Peale selle osutati veel maakonnakeskuse haiglate kirurgiaosakondades abi nii vältimatute kirurgiliste haiguste kui ka plaanilise kirurgia alal, peamiselt kõhuõõneelundite haiguste puhul.

Kogu Eestis oli tol ajal umbes 40 kirurgi, kelle hulgast ainult osa võis pidada kõrge kvalifikatsiooniga kirurgideks. Enamikus olid nad kõik üldprofiiliga kirurgid. Ei olnud kirurge-urolooge, onkolooge, kopsutuberkuloosi-, laste- jne. kirurge. Traumatoloogia ja ortopeedia, kui kaasaegse kirurgia tähtsamad harud, olid esindatud võrdlemisi puudulikult. Teaduslik tegevus oli koondatud peamiselt Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna juurde.

Nõukogude võimu esimestel päevadel algas Eestis nõukogude tervishoiu ehitamine, mille katkestas fašistlik okupatsioon. 1944. aasta sügisel algas nõukogude tervishoiu, sealhulgas ka kirurgiateenistuse taastamine ja arendamine, mida mõnel määral mõjutasid ammu väljakujunenud traditsioonid, mis teatud määral isegi takistasid mõnede, teinekord üsna printsiipiaalsete küsimuste kõige ratsionaalsemat lahendamist.

Nii näiteks oli nõukogude tervishoiu ehitamise esimestest aastatest alates selge, et tervishoiu tarviduste täielikumaks kindlustamiseks peavad arste ettevalmistavad kõrgemad õppeasutused muutuma tervishoiusüsteemi lahutamatuks osaks.

Just sellepärast antigi kogu Nõukogude Liidus kõikide ülikoolide arstiteaduskonnad Tervishoiu Ministeeriumi käsutusse ja muudeti meditsiiniinstituutideks.

Tartu ülikooli arstiteaduskond, mis on praegu vabariigi noorte arstide sepikojaks, andis revolutsiooniajast perioodil rohkesti suuri teadlasi. Suured vene kirurgid N. Pirogov ja N. Burdenko olid Tartu ülikooli kasvandikud.

1960. aastaks on avatud kirurgiliste statsionaaride võrk üle Eesti, mis lähendab plaanilist ja vältimatut kirurgilist abi kogu vabariigi elanikkonnale. Käesoleval ajal peavad ainult kolme väikese rajooni elanikud kirur-

gilise abi saamiseks pöörduma naaberrajoonide haiglatesse. Kirurgide arv Eesti NSV-s kasvas enam kui viis korda. Enamikus rajoonihaiglates töötavad noored kirurgid 7- kuni 8-aastase staažiga (TRÜ kasvandikud), andes elanikele kohapeal kõrgekvaliteedilist kirurgilist abi. Viimase 10 aasta jooksul on Tallinnas ja Tartus laialdaselt arenenud kopsutuberkuloosi kirurgiline ravimine, kusjuures spetsiaalsetes haiglates tehakse kõige suuremaid kaasaegseid kirurgilisi operatsioone. Mitme rajoonihaigla kirurgid, kes viibisid Tallinna tuberkuloosihaiglas spetsialiseerimisel, juurutavad edukalt kopsutuberkuloosi kirurgilist ravi oma igapäevases töös. Alates 1959. aastast rakendati Tallinna ja Narva spetsiaalsetes asutustes laialdaselt luutuberkuloosi kirurgilist ravi. Tallinnas ja Tartus on loodud haiglates suured traumatoloogilised osakonnad, kus toimuvad kõige keerukamad operatsioonid ja lahendatakse kaasaegse traumatoloogia ning taastava kirurgia teaduslikke probleeme. Tartus aga ei ole kuni käesoleva ajani ortopeedia ja traumatoloogia ühendatud, mis on hädavajalik ja igal pool Nõukogude Liidus end õigustanud. Traumatoloogia on suurte rajoonihaiglate kirurgiaosakondades (Jõhvi, Pärnu, Kohtla-Järve, Viljandi) tugevnenud, kuid ka enamiku rajoonihaiglate väiksemates kirurgiaosakondades tehakse süstemaatiliselt kaasaegseid traumatoloogilisi operatsioone (osteosüntees, nahaplastika jne.). Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris tehakse iga aastaga üha rohkem rindkereelundite ja mao kardiaalosa operatsioone vähktõve puhul. Tallinna, Pärnu ja Tartu suuremates haiglates on laialt levinud torakaalkirurgia, kusjuures Tartu Vabariiklikus Haiglas on viimase kahe aasta jooksul hakatud tegema operatsioone ka südamerikete puhul. Vabariigis on ette valmistatud uroloogide kaader. Uroloogid töötavad paljudes rajoonihaiglates. Tallinna Vabariikliku Haigla uroloogiaosakonnas ja Tartu kliinikute kirurgiaosakondades rakendatakse intensiivselt uroloogiliste haiguste operatiivset ravi

Tallinna ja Tartu statsionaarides muutusid suured rindkereoperatsioonid võimalikuks seetõttu, et nende kirurgiaosakondades asusid tööle anestesioloogid, edukalt uue eriala omandanud noored arstid. Nende entusiasmi soodustas anestesioloogia arendamist meie vabariigis, vaatamata raskustele, mis sel alal ees seisavad, nagu vähene arv aparate, lüngad relaksantidega, ganglioblokaatoritega ja lämmastikalahapendiga varustamisel. Üha laialdasemalt, ning mitte ainult Tallinna ja Tartu haiglates hakatakse rakendama abinõusid haigete väljatoomiseks «terminaalsest seisundist», s. o. kliinilise surma seisundist. Neurokirurgia rajaja Ludwig Puusepa õpilased kindlustavad edukalt elanikkonnale neurokirurgilist abi, sõidavad regulaarselt rajoonihaiglatesse nii plaanipäraselt kui ka vältimatu abi juhtudel. Kõrgel tasemel, eriti Tartus, on näo- ja lõualuude kirurgia ning kilpnäärmehaiguste kirurgiline ravimine.

Viimastel aastatel on hakanud arenema ka lastekirurgia, kuigi käesoleva ajani ei ole Tallinnas ega Tartus veel iseseisvat lastekirurgia osakonda, mille järele tarvidus iga aastaga tõuseb.

Kirurgiateenistuse üldist tõusu ja diapasooni kinnitab ja stimuleerib arstide teaduslik töö, mida teevad käesoleval ajal mitte ainult teaduslike uurimisasutuste töötajad, vaid ka tunduv osa raviasutuste tegelikke arste. Viimase kümne aasta jooksul on vabariigis korraldatud 6 vabariiklikku kirurgide teaduslikku konverentsi, millest on alati osa võtnud Leedu, Läti, Moskva ja Leningradi kirurgid. Regulaarselt ja produktiivselt töötab Tallinna Kirurgide Selts, mille koosolekutest, tõi küll mittekiüllaldaselt, võtavad aktiivselt osa ka mõnede maarajoonide kirurgid. Möödunud aastal organiseeriti põlevkivibasseini kirurgide selts, käesoleval aastal aga tuleb Tartu Arstide Seltsi kirurgia sektsioonist organiseerida iseseisev kirurgide selts, mis kahtlemata tõstab nii seltsi tegevuse produktiivsust, kui ka Tartu linna ja selle lähedaste rajoonide ravitöö kvaliteeti.

Möödunud aastate jooksul on Eesti NSV kirurgid välja töötanud uusi operatsioonimeetodeid kusepõie, bronhiaaluuriste, toruluude ja reieluukaela murdude puhul. Töötatakse välja originaalseid meetodeid põletuste, liigete ja luude vulgaarsete ja spetsiifilist laadi põletikuliste protsesside raviks. Katsetatakse praktikas uusi ettepanekuid oblitereeruva endarteriidi, mao kardiaalvähi, maksatsirroosi jt. ravimiseks.

Kirurgide igaaastane atesteerimine näitab, et kirurgiline meisterlikkus kasvab küllaltki kiiresti ja edukalt.

Eriti näitab seda noorte kirurgide kasv, kelledest enamik saab 3—5 aasta jooksul pärast Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetamist täiesti teenitult 3. kategooria kirurgideks. Kirurgide kasvu kindlustab Tallinna ja Tartu vabariiklike haigiate ja dispanserite plaanipärane metoodiline ja praktiline juhendamine ning kirurgide täiendamine nende erialal arstide täiendusinstituutides ja kohalikes baasides. Eesti NSV rohkem kui kaheksa kirurgi hulgas ei leidu ühtegi, kes oma viieaastase arstliku tegevuse juures ei oleks läbi teinud ühte või teist teadmiste täiendamise moodust.

Kirurgilise võrgu arendamine, ratsionaalsemate ravimeetodite juurutamine, kirurgilise abi lähendamine ja diferentseerimine — kõik see kokkuvõetult peaks kindlustama paremaid ravitulemusi. Kahjuks ei võimalda kaasaegsed aruandevormid ammendavalt jälgida kirurgiateenistuse töö kvaliteedi tõusu. Tegelikult on meil ainult üks kirurgilise töö kvaliteedi näitaja, see on letaalsuse protsent mitmesuguste haigusvormide puhul ja esmajärjekorras vältimatute kirurgiliste haiguste puhul, mille andmed koos varajase ja hilise hospitaliseerimise protsendiga ühtede või teiste haiguste puhul võivad anda üldpildi kirurgilise töö kvaliteedi tõusust.

Kõigest kaheksa aastat tagasi oli kõikide ägedate kõhuhaiguste puhul hilise hospitaliseerimise protsent kogu vabariigis kõrge (üle 40) ja ühesugune nii Põhja- kui ka Lõuna-Eestis.

1959. aastal langes hilja hospitaliseeritute arv kogu Eestis 33%, kusjuures Lõuna-Eestis jäi see endisele tasemele, Põhja-Eestis aga oli langus 25%.

Kui võrrelda letaalsust ägeda kõhu mitmesuguste vormide puhul 1950. ja 1959. aastal, siis võib märkida, et ravitagajärjed nende haiguste puhul on tunduvalt paranenud, kuigi neid ei või veel pidada eeskujulikeks.

Nii oli 1950. aastal soolesulguse operatiivse ravi puhul letaalsus 24, mulgustunud maohaavandi puhul 19, pitsunud songa puhul 11 ja ägeda apenditsiidi korral — 0,7 protsenti.

1959. aastal oli vabariigi kirurgilistes statsionaarides letaalsus soolesulguse puhul 16, mulgustunud maohaavandi puhul 8, pitsunud songa puhul 3,8 ja ägeda apenditsiidi korral 0,3 protsenti.

Kui Põhja-Eestis ulatus letaalsus soolesulguse puhul 12 protsendini, siis oli see Lõuna-Eestis 20%. Samasugused vahekorrad esinevad ka teiste ägeda kõhu vormide puhul.

Kui täheldame letaalsuse langust kogu vabariigis, püsib kõrgena letaalsuse protsent Lõuna-Eesti statsionaarides, esmajoonel Tartu Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonnas. On vajalik, et Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna kõrge kvalifikatsiooniga kirurgid osutaksid abi Tartu Vabariiklikule Haiglale mainitud mahajäämuse likvideerimiseks.

Loengute läbiviimisel vanema kursuse üliõpilastele, praktilise töö juures ja konsultatsivsete väljasõitude puhul rajoonidesse on vaja püsivalt ja sihikindlalt korrata peamisi printsiipe võitluses paremate tagajärgede eest soolesulguse, mulgustunud maohaavandi, ägeda apenditsiidi ja pitsunud songa ravi puhul. Esmajoonel tuleb võidelda haigete varajase hospitaliseerimise eest, propageerida selle vajadust elanikkonna ja meditsiini-

töötajate hulgas. Ühtegi hilise hospitaliseerimise juhtu ei tohi jätta läbi arutamata, et vältida tulevikus vigade kordumist.

Üldiselt seisab Eesti NSV kirurgiateenistuse ees rida lõpuni lahendamata küsimusi, nagu rajoonidevaheliste haiglate kirurgia statsionaaride suurendamine, vabariigi suuremate keskuste kirurgia osakondade edasine diferentseerimine. On vaja luua lastekirurgia osakonnad, laiendada traumatoloogia-ortopeedia statsionaare, lõpuks on vaja torakaalkirurgia arendamiseks luua suurte statsionaaride juurde anesteesia osakonnad.

Mitte vähema tähtsusega pole ka elanikkonna polikliinilise teenindamise parandamine, millele kuni viimase ajani ei ole osutatud küllaldast tähelepanu. On vaja asuda organiseerima (esialgu ainult suurtes rajoonikeskustes ja vabariikliku alluvusega linnades) eraldi vastuvõttu traumatoloogilistele haigetele, eraldades selleks vastavad kabinetid ja meditsiinitöötajad. Tuleb taotleda, et kõikides polikliinikutes töotaksid kõrge kvalifikatsiooniga kirurgid.

Ei ole kahtlust, et teaduslik-praktilise instituudi loomine Tallinnas aitab tõsta kirurgilise abi vabariigis veelgi kõrgemale tasemele.

К двадцатилетию хирургической службы в Эстонской ССР

Л. Шостак

Резюме

История организации хирургической службы в Эстонской ССР тесно связана с развитием хирургической специализированной помощи — онкологической, урологической, травматологической и др.

Внедрение в крупных центрах республики в клиническую практику современных методов обезболивания позволило хирургам Эстонии за последние годы освоить тактику хирургического вмешательства на органах грудной клетки, однако этот раздел хирургии, так же как ортопедия и хирургия детского возраста не получили еще широкого распространения и требуют к себе дальнейшего пристального внимания.

Значительное улучшение хирургических показателей при лечении больных с острыми неотложными заболеваниями брюшной полости следует объяснить более правильной хирургической тактикой. Активная борьба хирургов должна быть направлена против все еще продолжающейся поздней госпитализации этой группы больных. Более ранняя госпитализация больных с «острым животом» позволяет достигнуть значительно лучшие результаты лечения при прободной язве желудка, кишечной непроходимости, ущемленной грыже и при остром аппендиците. Только при совместной работе хирургов лечебных учреждений республики и профессорско-преподавательского состава медицинского факультета Тартуского государственного университета явится возможность для успешного разрешения проблемы поздней госпитализации.

SOOLTEINFEKTSIOONIDE UURIMISEST EESTI NSV-S

H. Pihl

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat A. J a n n u s)

Soolteinfektsioonid omavad Eesti NSV-s teiste ägedate nakkushaiguste kõrval olulist kohta, mille tõttu on mõistetav ja põhjendatud nende uurimine nii teaduslike töötajate kui ka tegelike arstide poolt. Nõukogude võimu perioodil on Eestis kaitsitud mitu sooltenakkusi käsitlevat arstiteaduse kandidaadi dissertatsiooni. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu teadusliku uurimistöö plaanis esineb soolteinfektsioonide tundmaõppimine iseseisva probleemina. Samuti moodustavad soolteinfektsioonide küsimused olulise osa Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi temaatikas. Sooltenakkuste arutlemiseks on korraldatud vabariiklikke teaduslik-praktilisi konverentse, kus on ettekannetega esinenud ka Nõukogude Liidu tuntumad eriteadlased.

Kõige uudsemaks ja võib-olla seni veel ka kõige vähem uurituks on laste epideemiliste kolienteriitide küsimus.

Escherichia coli esimene diagnostiline antigeenide skeem, mille välja töötas Kauffmann (26), ilmus trükist alles 1944. a. Kuuendal Mikrobioloogide Rahvusvahelisel kongressil Roomas (1953. a.) rõhutas Kauffmann väikelaste kolienteriitide tekitajatena järgmisi soolekepikeste serotüüpe: O₁₁₁, O₅₅, O₂₆ ja O₈₆.

Eesti NSV-s on esimeseks uurimistööks, mis käsitleb soolekepikeste osatähtsust imikute ja varaealiste laste kõhulahtisuste etioloogias E. Tallmeisteri väitekirj (39). E. Tallmeister, uurides 1948.—1949. a. Tartus kõhulahtisust põdevaid lapsi, avastas neil peale *Shigella*, *Proteuse* ja *Salmonella* perekonda kuuluvate bakterite veel toksilisi soolekepikeste tüvesid. Selliseid soolekepikesti leidis ta eriti raske haiguskuluga imikutel. Edaspidistel uurimistel täheldas E. Tallmeister (40) patogeensetel soolekepikestel neeroositekitavaid omadusi, patogeensust valgete hiirtele ja leidis, et biokeemiliste omaduste järgi ei ole võimalik eraldada patogeenseid soolekepikesti mittepatogeensetest. Koos professor F. Lepaga (29) identifitseeris E. Tallmeister osalt kohapeal valmistatud, osalt Leningradi L. Pasteur'i nimelisest Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist saadud diagnostiliste seerumite abil serotüüpide O₂₅, O₁₁₁ jt. olemasolu. Samuti uuriti nende resistentsust antibiootikumide suhtes. E. Tallmeister on üksikasjalikult uurinud soolekepikeste seroloogilise tüübi O₁₁₁ omadusi (42). Tema tööst ilmneb, et soolekepike O₁₁₁ on tunduvalt suurema bioloogilise aktiivsusega kui teised patogeensed soolekepikeste tüved. Diferentsiaaldiagnostikas on väärtuslik E. Tallmeisteri ettepanek rakendada värvusreaktsiooni β -fenüülpropioonhappega.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötaja A. Svitškarjova (14), uurides 1957. a. Tallinnas esinevate 0—2 a. vanuste laste kõhulahtisusi, avastas 58,6 protsendil düsenteeria või düspepsiaga hospitaliseeritud lastel järgmiste patogeensete soolekepikeste serotüüpe: O₁₁₁, O₅₅, O₂₆, O₃₆, 145 ja 408. Edaspidistel uuri-

mistel (36) täheldas, et ägedate kõhulahtisustega lastel esineb patogeenseid soolekepikeid 3 korda sagedamini kui samavanustel tervetel lastel. Selgus ka, et ligi 50% kultuuridest (O_{111} koguni 87%) olid üheaegselt ravimresistentset mitmele antibiootikumile. 1959. a. leidis A. Svitškarjova (37), et kolienteriidihaigetest kokkupuutunud lastel esineb patogeenseid soolekepikeid 3 korda sagedamini kui tervetel lastel. Hiljuti lõpetas A. Svitškarjova (38) plaanilise uurimistöö kolienteriitide immunoloogia tundmaõppimise alal, mida on Nõukogude Liidus seni vähe uuritud. Töö tulemusena selgus, et kolienteriiti haigestumisel tekivad organismis spetsiifilised O-aglutiniinid. Haiguse jooksul nende tiiter tõuseb. Aglutinatsioonireaktsioon on väärt siksiks abimeetodiks kolienteriitide diagnoosimisel, eriti juhtudel, kui bakterioloogiline leid on negatiivne.

E. Puusepp (31) uuris kolienteriitide rolli laste vanangu epidemioloogiat Tallinna lastehaiglas, mis arenes mõnede aastate jooksul epidemiooloogiast. Haiguskoldes avastas ta ka süüalaseid hügieeni nõuete rikkumisest. ta patogeenseid soolekepikeid aptoomideta pisikukandjaid, samuti leidis

Eesti NSV arstide ühise väliläbiskonna esemetelt. E. Puuseppi juhendamisel laste uurimistöö, samuti vajalike diagnostiliste meetodite väljatöötamine Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tootmislaboratooriumis (juhataja H. Lõvi) võimaldas asuda kolienteriitide laboratorsele diagnoosimisele Vabariigi sanitaar-epidemioloogia jaamade ja haiglate vastavate osakondade bakterioloogialaboratooriumides. Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama andmetel (vt. tabel 1) prevaleerib Eesti NSV-s soolekepikeste O_{111} poolt põhjustatud kolienteriit, kuid võrreldes 1958. a. langeb 1959. a. O_{111} serotüübi osatähtsus.

Tabel 1

Eesti NSV-s 1958. ja 1959. a. avastatud patogeensete soolekepikeste serotüübid protsentides

Serotüüp	1958	1959
O_{111}	76,5	36,7
O_{35}	13,0	24,4
O_{145}	0,9	4,0
O_{26}	8,7	20,9
O_{126}	—	2,5
2 tüüpi korraga Tüüpiseerimata	0,9	3,6
	—	7,9
Kokku	100,0	100,0

Eesti NSV-s 1959. a. kolienteriiti haigestunud lastest oli kuni 1 a. vanuseid 76,6%, 1—2 a. vanuseid 21,4% ja 3—4 a. vanuseid 2,0%. Kolienteriitidesse suremus oli meil 1959. a. 7,8%.

Meil esinevate soolteinfektsioonide kogusummas omab kõige suuremat tähtsust düsenteeria. Kuna Eestis on viimasel ajal peamiseks düsenteeria-tekitajaks *Bacterium dysenteriae* Sonne (vt. tabel 2), siis omab kohaliku patoloogia seisukohalt erilist tähtsust R. Rjuminskaja-Sudakova dissertatsioonitöö «Düsenteeriabakterite fagotüüpaažist» (33). Oma uurimistöös õnnestus tal Sonne bakterid liigitada nelja fagotüüpi. Sonne bakterite poolt põhjustatud nakkuskolletes võimaldab mikroobide fagotüüpiseerimine määrata haiguse allikaid ja levikuteid suure täpsusega.

R. Rjuminskaja-Sudakova (12), samuti E. Tallmeister (41) on uurinud meil esinevate düsenteeria-tekitajate atüüpilisi tüvesid. Esimene neist rõhutab, et atüüpiliste düsenteeria-tekitajate lõplikule identifitseerimisele aitab tõhusalt kaasa spetsiifiliste monovalentsete bakteriofaagide kasuta-

Düsenteeria etioloogiline struktuur Eesti NSV-s 1958. ja 1959. a. protsentides

Jrk. nr.	Bakteri tüüp	1958	1959
1.	<i>Bact. dysenteriae</i> Sonne	46,5	73,7
2.	<i>Bac. dysenteriae</i> Flexner	31,5	11,9
3.	<i>Bact. dysenteriae</i> Newcastle	20,9	12,5
4.	<i>Bact. dysenteriae</i> Boyd-Novgorodski	0,35	0,96
5.	<i>Bact. dysenteriae</i> Schmitz-Stutzer	0,35	0,04
6.	Mitteaglutineeruv	0,4	0,9
Kokku		100,0	100,0

mine. E. Tallmeister konstateerib, et kohalikel düsenteeriabakterite atüüpilistel tüvedel esineb peamiselt antigeense struktuuri muutusi, kuna kõrvalekaldumisi biokeemilistes omadustes esineb vähem. Tema tähelepanekute kohaselt toimub atüüpiliste tüvede reversioon kergemini passaažidega valgetel hiirtel kui korduvate ümberkülvamistega söötmetele.

F. Lepp, E. Tallmeister ja A. Danilovitš (8) otsivad oma kollektiivses uurimuses teid düsenteeria bakterioloogilise diagnostika täiendamiseks. Nad rõhutavad mitme diferentsiaaldiagnostilise söötme üheaegse kasutamise vajadust. Autorid leiavad, et düsenteeria diagnoosimise täpsustamiseks on vaja kohalikkudest bakteritüvedest valmistada aglutineerivaid seerumeid ja neid kasutada paralleelselt tsentraalselt toodetud seerumitega.

Düsenteeriabakterite omaduste muutmise sõltuvust ravist on uurinud P. Pertsovits (10). Ravi toime märkis ta bakterite biokeemilisi, seroloogilisi ja morfoloogilisi muutusi, mida tuleb silmas pidada bakterioloogialaboratooriumi praktilises töös.

Samuti omab praktilist tähtsust A. Karapetjani, L. Grinšpuni ja V. Latškovski (6) ettepanek 6% Ploskirjovi söötmega immutatud rektaal-tampoonide kasutamiseks, mis hõlbustab massilist bakterioloogilist uurimist.

Rida töid on Eesti NSV-s pühendatud ka düsenteeria kliiniku tundmaõppimisele. Düsenteeria kulu iseärasusi lastel on meil uurinud R. Rjuminškaja-Sudakova ja V. Ustinova (34), A. Vares (22), M. Tsarik (19) jt. A. Danilovitš (20) uuris düsenteeria kliinikut Tartu Linna Nakkushaiglas. Ta täheldas ägeda düsenteeria puhul enamasti haiguse stadiaalset kulgu, kroonilise düsenteeria puhul omandab aga haigus enamasti retsidiveeruva, atsüklilise iseloomu. M. Ovtšinnikov (9), uurides kroonilise düsenteeria kliinikut, sedastas samuti, et kuni 97,5% tema poolt jälgitud haigetel oli haigus retsidiveeruva iseloomuga kestes mõnest kuust kuni kolme aastani ja kauemgi. Ühtlasi konstateeris ta kroonilistel düsenteeriahaigetel sagedast sooltenugiliste või algloomade invasiooni (65,1%).

Düsenteeria ravi efektiivsuse seisukohalt on oluline haiguse tekitajate ravimresistentsuse uurimine. Düsenteeriabakterite ravimresistentsusega on tegelnud K. Ahhundova (2, 25), kes koostas ka juhendi lihtsamate uurimismeetodite juurutamiseks praktikasse. Tema andmeil on kohalikest düsenteeriategitajatest 87% sulfaniilamiidresistentsed. Mis puutub antibiootikumidesse, siis kõige rohkem kultuure (56%) osutisid levomütsetiin- ja kõige vähem (19%) streptomütsiinresistentseteks. Käesoleval perioodil tegelevad juba kõik vabariigi bakterioloogialaboratooriumid düsenteeriabakterite ravimresistentsuse määramisega. Harilikult määratakse nende resistentsus kohe pärast indentifitseerimist, mis tunduvalt hõlbustab raviarstide tööd.

Düsenteeriahaigete antibakteriaalset ja patogeneetilist ravi on Eesti NSV-s uurinud V. Žestjannikov (15). Ta rõhutab, et otsustavat osa düsen-

teeriast tervenemisel etendab makroorganism. Sellest lähtudes on vaja düsenteeria komplekses ravis stimuleerida ka fagotsütaarseid protsesse.

K. Ahhundova ja N. Iljina (3) tähelepanekute kohaselt annab düsenteeriaravis häid tulemusi kombineeritud immuno-kemoteraapia. K. Ahhundova (1) on uurinud ka eksperimentaalselt ravimpreparaatide kui soolte antiseptikumide enteralse manustamise efektiivsust leides, et ravi tulemused võivad oleneda antibiootikumi kontsentratsioonist ning soole ja bakterite tundlikkusest nende suhtes.

Teoreetilist ja praktilist huvi pakub A. Jannuse (44) uurimus antibiootikumidega mõjustatud soolekepikeste antagonistliku toime muutustest düsenteeriatekitajatesse. Nagu vastavad uurimised näitasid, avaldab normaalne soolekepike tugevat antagonistlikku toimet düsenteeriatekitajatesse. Kuid mõjustades nii *in vivo* kui ka *in vitro* soolekepikesi antibiootikumidega, langeb tunduvalt nende loomulik vastandtoime düsenteeria-bakteritesse.

Käsitledes düsenteeria epidemioloogiat ja profülaktikat märgib professor F. Lepp (7) õigesti, et düsenteeria puhul tuleb pöörata erilist tähelepanu üldiste ja individuaalsete hügieeninõuete täitmisele. Ta rõhutab, et elanikkonna vajaliku elamisnõuete varustamine, omaette köögi korterite tagamine jne. ei oma düsenteeriatõrjes vähemat tähtsust kui teised abinõud.

Ammendavate soolteinfektsioonide epidemioloogiliste analüüsidega on esinenud vabariiklikkudel konverentsidel peaepidemioloog K. Vassiljeva (23, 24). Tema andmetel levib düsenteeria Eesti NSV-s enamasti kontakt-sel-elukondlikul teel, kuid mitu puhangut on tekkinud ka vee või toidu kaudu. Düsenteeriasse haigestumise tase ja territoriaalne levik ei ole meil ühtlane. Nakkusallikate avastamine ei ole kõikjal veel küllaldane. Haigestumise levikut soodustab kergete haigusvormide hiline avastamine ja isoleerimine. Eesti NSV-s on düsenteeriale iseloomulik rea aastate jooksul haigestumiste arvu tõus varakevadel, suvel ja sügisel. K. Vassiljeva rõhutab, et suurem osa düsenteeriasse haigestumisi ei ole meil bakterioloogiliselt kinnitatud, düsenteeriat diagnoositakse meil bakterioloogiliselt 24—43% piires haigestumiste üldarvust.

Düsenteeria allikaid ja leviku teid lastesõimedes on uurinud R. Rjumin-skaja-Sudakova (11). Tema tähelepanekute kohaselt on düsenteeria peamisteks allikateks lastesõimedes kroonilist düsenteeriat põdevad haiged ja kõrvalekaldumised sanitaareeskirjadest.

Väärtuslikke kogemusi omas võitluses düsenteeriaga omaaegne Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst E. Eller (4), kes rakendas laialdasi bakterioloogilisi uurimisi düsenteeriahaigete avastamiseks.

Soolteinfektsioonide arvestust Eesti NSV-s on uurinud T. Kuslap (27). Tema andmetest nähtub, et meil jääb osa sooltenakkusi (mõnedes arstijaoskondades kuni 31%) arvestamata. Maai asuvates arstijaoskondades esineb registreerimata soolteinfektsioone 1,8—9%. Samuti ei ole kuigi tõhus nakkushaiglast väljakirjutatud rekonvalescentide arvelevõtmine ja nende dispanseerimine.

Kõhutüüfuse tundmaõppimise alal Eesti NSV-s on väärtuslikuks panuseks A. Jannuse (43) kandidaadidissertatsioon, milles uuriti immuunsuse seisundit kõhutüüfuse vastu vaktsineeritutel. Selles eksperimentaalses uurimuses toimus vaktsineeritute seerumi kaitseomaduste määramine seroproteksioonitesti abil. Tööst tulenevad järeldused omavad tähtsust vaktsineerimiste organiseerimisel.

Kõhutüüfuse seroloogilise diagnostika alal kaitses 1957. a. oma dissertatsiooni E. Tammepõld (18). Võrdlevast uurimisest selgus, et hemaglutinatsiooni- ja hemolüüsireaktsioonid omavad kõhutüüfuse diagnostikas suuremat väärtust kui Widali reaktsioon.

Teoreetilist kui ka praktilist huvi pakub E. Tallmeisteri ja E. Tamme-põllu (17) töö *S. typhi* eritumise kohta kõhutüüfuse-haigetel hingamisteede kaudu.

Tartus esineva kõhutüüfuse epidemioloogiat on uurinud H. Rootsmäe (13, 32) ja O. Tamm (16).

Tähelepanekuid Tallinnas 1957. a. Mustamäe piirkonnas levinud kõhutüüfuse kohta esitab I. Urman (21). Kirjeldatud kõhutüüfusepuhang rõhutab veelkord vajadust parandada veevarustust ja sanitaarkontrolli sel alal.

Kõhutüüfuse uurimise kõrval on viimastel aastatel hakatud Eesti NSV-s rohkem tähelepanu pöörama ka teistele salmonelloosidele. Salmonelloosideküsümuse aktuaalsust vabariigis tõestas 1957. a. korraldatud konverents salmonellooside ja toidutoksikoinfektsioonide küsimustes, millest võtsid osa ka veterinaartöötajad.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis uuritakse salmonellooside etioloogilist struktuuri ja epidemioloogiat 1958. a. alates. Käesoleva ajani on meil avastatud 28 salmonella serotüüpi (vt. tabel 3). Valdavas enamuses on need avastatud inimestel. Salmonelloosahaigete kliiniline pilt on võrdlemisi mitmekesine; väljakujunenud sümptoomidega haigete kõrval esineb meil ka terveid salmonellade kandjaid. Toidutoksikoinfektsioonidele omase haiguse leviku mehhanismi kõrval täheldame haigestumisi ka kontaktel-elukondlikul teel.

Meil avastatud salmonellade mikrobioloogiat on uurinud R. Rjuminskaja-Sudakova (35). Väärtuslikke ettepanekuid salmonellade bakterioloogilise diagnostika täiustamiseks on teinud H. Lõiv (30). Tema poolt soovi-

Tabel 3

Eesti NSV-s avastatud salmonellad

Jrk. nr.	Grupp	T ü ü p	O-antigeen	H-antigeen	
				I faas	II faas
1.	A	<i>S. paratyphi A</i>	1,2,12	a	—
2.	B	<i>S. abortus equi</i>	4,12	—	e,n,x
3.		<i>S. abony</i>	1,4,5,12	b	e,n,x
4.		<i>S. chester</i>	4,5,12	e,h	e,n,x
5.		<i>S. acrbay</i>	1,4,12	f,g	—
6.		<i>S. heidelberg</i>	4,5,12	r	1,2
7.		<i>S. paratyphi B</i>	1,4,5,12	b	1,2
8.		<i>S. reading</i>	4,12	e,h	1,5
9.		<i>S. saint-paul</i>	1,4,5,12	e,h	1,2
10.		<i>S. typhi murum</i>	1,4,5,12	i	1,2
11.	C	<i>S. bareilly</i>	6,7	y	1,5
12.		<i>S. bovis-morbificans</i>	6,8	r	1,5
13.		<i>S. cholerae suis</i>	6,7	c	1,5
14.		<i>S. cholerae suis var. kunz.</i>	6,7	—	1,5
15.		<i>S. mission</i>	6,7	d	1,5
16.		<i>S. muenchen</i>	6,8	d	1,2
17.		<i>S. newport</i>	6,8	e,h	1,2
18.		<i>S. paratyphi C</i>	6,7,Vi	c	1,5
19.		<i>S. virginia</i>	(8)	d	—
20.	D	<i>S. dublin</i>	1,9,12	g,p	—
21.		<i>S. enteritidis</i>	1,9,12	g,m	—
22.		<i>S. pullorum-gallinarum</i>	1,9,12	—	—
23.		<i>S. rostock</i>	1,9,12	g,p,u	—
24.		<i>S. typhi</i>	9,12,Vi	d	—
25.	E	<i>S. anatum</i>	3,10	e,h	1,6
26.		<i>S. london</i>	3,10	l,v	1,6
27.		<i>S. muenster</i>	3,10	e,h	1,5
28.		<i>S. newlands</i>	3,10	e,h	e,n,x

tatud täiendused võimaldavad elimineerida salmonelladest parakolibaktereid (peamiselt Arizona perekonna ja Bethesda-Ballerup'i grupi mikroobe).

Muudest soolteinfektsioonidealastest uurimistöödest Eesti NSV-s tuleb esile tõsta S. Laanese (28) väitekirja. Sellest tööst ilmneb, et laialdaselt levinud *Genus Proteus*'e mikroobid võivad lastel põhjustada kõhulahtisust või raskendada selle kulgu.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis on asutud uurima seni põhjalikumalt tundma õpitud polioviiruste kõrval ka viirusliku etioloogiaga soolteinfektsioone. 1959. a. õnnestus A. Jannusel (5) esmakordselt Eesti NSV-s identifitseerida Coxsackie viirust (tüüp B-3). Instituudis on 1960.—1962. aastaks planeeritud kompleksne uurimistöö Eesti NSV-s esinevate soolteinfektsioonide edasiseks selgitamiseks. Töö teostajateks on instituudi teaduslike töötajate ja Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri õppejõudude kõrval veel mitmed tegeilukud arstid. Selles komplekses uurimuses on ette nähtud ka enteroviiruste osatähtsuse selgitamine soolteinfektsioonide etioloogias.

Soolteinfektsioonide uurimist Nõukogude Eestis on soodustanud vanemate vennasvabariikide silmapaistvate spetsialistide professor E. Novgorodskaja, V. Arbuzova, I. Anšlesi, I. Golubeva, M. Hassanovi jt. kaasabi.

KIRJANDUS

1. Ahhundova, K. Kogumik: Nõukogude Eesti Tervishoid, 1, 1954, 151—162. — 2. Ahhundova, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 4, 25—27. — 3. Ahhundova, K. ja Iljina, N. Soolteinfektsioonid Eesti NSV-s. Konverentside ettekannete teesid, Tallinn, 1958, 16—17. — 4. Eller, E. Soolte ägedad nakkushaigused. Konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 12—13. — 5. Jannus, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 3, 42—43. — 6. Karapetjan, A., Grinšpun, L. ja Lotškovski, V. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 23—24. — 7. Lepp, F. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 4, 9—14. — 8. Lepp, F., Tallmeister, E. ja Danilovitš, A. Kogumik: Nõukogude Eesti Tervishoid, 1, 1954, 111—119. — 9. Ovtšinnikov, M. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 31—32. — 10. Pertsovits, P. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 25. — 11. Rjuminiskaja R. Soolteinfektsioonid Eesti NSV-s. Konverentside ettekannete teesid, Tallinn, 1958, 10—11. — 12. Rjuminiskaja R. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 22. — 13. Rootsmäe, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 1, 15—19. — 14. Svitškarjova, A. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 20. — 15. Žestjannikov, V. Soolteinfektsioonid Eesti NSV. Konverentside ettekannete teesid, Tallinn, 1958, 13—16. — 16. Tamm, O. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 28. — 17. Tallmeister, E. ja Tammepõld, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 3, 35—38. — 18. Tammepõld, E. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, vihk 48, Tartu, 1956. — 19. Tsarik, M. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 30—31. — 20. Danilovitš, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, Lisa, 1958, 138—142. — 21. Uрман, I. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 27—28. — 22. Vares, A. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 29—30. — 23. Vassiljeva, K. Soolteinfektsioonid Eesti NSV-s. Konverentside ettekannete teesid, 1958, 4—6. — 24. Vassiljeva, K. Soolte ägedate nakkush. konverentsi teesid, Tallinn, 1958, 4—7. — 25. Ахундова К. Сб. докл. втор. науч. конф. Ин-та ЭМНГ, Tallinn, 1959, 98—105. — 26. Кауфман Ф. Семейство кишечных бактерий. Перевод с англ., М., 1959. — 27. Куслеп Т. Сб. докл. втор. науч. конф. Ин-та ЭМНГ, Tallinn, 1959, 107—114. — 28. Лаанес С. Х. Кишечная микрофлора при поносах у детей грудного и раннего возраста. Автореферат диссертации, Tartu, 1950. — 29. Лепп Ф. и Таллмейстер Э. Т. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1959, 12, 73—76. — 30. Лыйв Х. Д. Сб. докладов втор. науч. конф. Ин-та ЭМНГ, Tallinn, 1959, 41—45. — 31. Пусеп Э. А. Там же 92—97. — 32. Роотсмяз Л. Т. Сб. докл. втор. науч. конф. Ин-та ЭМНГ, Tallinn, 1959, 46—54. — 33. Рюминская Р. Н. Фаготипаж дизентерийных бактерий. Автореферат диссертации. Ленинград, 1957. — 34. Рюминская Р. Н. и Устинова В. Г. Особенности заболеваемости дизентерией у детей. Плановая науч. работа Ин-та ЭМНГ. Рукопись. Tallinn, 1957. — 35. Рюминская Р. Н. Сб. доклад. втор. науч. конф. Ин-та ЭМНГ, Tallinn, 1959, 31—35. — 36. Свичкарева А. И. Там же 82—91. — 37. Свичкарева А. И. О высеваемости патогенных типов O_{11} , O_{55} и O_{26} кишечной палочки у детей раннего возраста в

т. Таллинне в 1959 г. Плановая науч. работа Ин-та ЭМиГ. Рукопись. Таллин, 1959. — 38. Свичкарева А. И. Поиски агглютининов к патогенным серотипам кишечной палочки у больных колиэнтеритами. Плановая науч. работа Ин-та ЭМиГ. Рукопись. Таллин, 1960. — 39. Таллмейстер Э. Т. Роль кишечной палочки при детских поносах грудного и раннего возраста. Автореферат диссертации. Тарту, 1950. — 40. Таллмейстер Э. Т. Сб. докл. перв. научн. конф. Ин-та ЭМиГ, Таллин, 1958, 31—41. — 41. Таллмейстер Э. Т. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1957, 4, 95—98. — 42. Таллмейстер Э. Т. Сб. докл. втор. научн. конф. Ин-та ЭМиГ, Таллин, 1959, 73—81. — 43. Яннус А. Э. Исследование иммунитета у вакцинированных против брюшного тифа. Автореферат диссертации, Тарту, 1952. — 44. Яннус А. Э. Сб. докл. втор. научн. конф. Ин-та ЭМиГ, Таллин, 1959, 55—62.

Об исследовании кишечных инфекций в Эстонской ССР

Х. Пихл

Резюме

Среди острых инфекционных заболеваний, наблюдающихся в Эстонской ССР, значительное место занимают кишечные инфекции. Большой вклад в изучение их этиологии вносит Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены.

Первой работой в Советской Эстонии, посвященной проблеме колиэнтеритов, является диссертация Э. Т. Таллмейстера. Изучая в 1948—1949 гг. причины детских поносов в г. Тарту, он установил, что имеются токсические штаммы кишечных палочек, которые могут вызвать тяжелые заболевания у детей раннего возраста. Тогда же С. Х. Лаанес определила значительную роль микробов рода *Proteus* в этиологии поносов у детей. Э. Т. Таллмейстер впервые в Эстонии выявил патологические серотипы кишечных палочек О₁₁₁, О₁₃ и др. Ценным является его предложение применять бета-фенилпропионовую кислоту для дифференциации различных видов патогенных кишечных палочек.

В Таллине этиологическую структуру колиэнтеритов подробно изучала А. И. Свичкарева. В республике выявлены патогенные кишечные палочки и у здоровых лиц, а также на предметах внешней среды. Она же установила, что при заражении патогенными кишечными палочками в организме образуются специфические агглютинины и наблюдается повышение их титра в течении болезни.

Научные исследования колиэнтеритов, выпуск Таллинским институтом ЭМиГ диагностических сывороток позволили развернуть бактериологическую диагностику этих заболеваний во всех бактериологических лабораториях республики.

Из всех кишечных инфекций в Эстонской ССР первое место занимает дизентерия. Ценным вкладом в изучении этого инфекционного заболевания является диссертация Р. Н. Рюминской — Судаковой на тему о фаготипаже дизентерийных бактерий.

Превалирующими возбудителями дизентерии в республике являются бактерии Зонне (в 1959 г. — 73,7% от всех других видов). На основании различной степени чувствительности к бактериофагам Рюминской-Судаковой удалось культуры Зонне подразделить на четыре фаготипа. Метод фаготипажа позволяет с большей точностью установить источники и пути распространения инфекции.

Некоторые научные работы посвящены изучению клиники и лечению дизентерии. На основании результатов исследований К. А. Ахундовой и др. повсюду в республике внедрено в практику изучение устойчивости к антибиотикам местных штаммов дизентерии, что повышает эффективность лечения больных.

Исчерпывающими и глубокими анализами по проблеме кишечных инфекций, в частности дизентерии, неоднократно выступала с докладами на республиканских научно-практических конференциях главный эпидемиолог К. А. Васильева.

По брюшному тифу имеются две кандидатские диссертации — А. Э. Яннус изучал состояние иммунитета у вакцинированных против брюшного тифа и Е. Таммепылд провел сравнительное исследование гемагглютинации, гемолиза и реакции Видала. Эпидемиология брюшного тифа более подробно изучается в эндемическом очаге г. Тарту.

За последние годы уделяется внимание изучению и других салмонеллез. До настоящего времени установлено 28 типов различных салмонелл, циркулирующих в республике. Одновременно доказано, что салмонеллезы могут распространяться, кроме механизма пищевых токсикоинфекций, и контактно-бытовым путем.

Кроме полиовируса, начато также изучение и других кишечных вирусов. В 1953 г., по сообщению А. Э. Яннуса, в республике впервые выявлен вирус Коксаки В-3.

Советская власть создает все условия для развития науки в Эстонской ССР. Успешному изучению кишечных инфекций в республике способствует дружеская помощь, оказываемая видными учеными из братских союзных республик, как профессор Э. М. Новгородская, В. А. Арбузова, И. М. Аншелес, И. В. Голубева, М. И. Хасанов и др.

Viljandi ja Rapla rajooni elanikkonna meditsiinilise teenindamise uurimisest

J. Loginova ja F. Arneman

(N. A. Semaško nimelisest Tervishoiu Organisatsiooni ja Arstiteaduse Ajaloo Instituudist ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist)

NLKP XXI kongressi ja NLKP Keskkomitee detsembripleenumi poolt püstitatud grandioossete majanduse ja kultuuri arendamise plaanide täitmisel omab suurt tähtsust meditsiinitöötajate aktiivsus: nad peavad igati tõstma ravi- ja profülaktikatöö kvaliteeti, meditsiinilise teenindamise kultuuri ning võitlema elanikkonna haigestumuse ja suremuse vähendamise eest

Maaelanikkonna meditsiinilist teenindamist ei saa õigesti planeerida ilma, et uuritaks elanikkonna tervislikku seisundit ja igasuguse ambulatoorse-polikliinilise ning statsionaarse abi vajadust. Peab teadma, mis-sugune on maaelanikkonna meditsiinitöötajate (velskri-ämmaemanda, jaoskonnahaigla arsti, rajoonide või vabariiklike haiglate arstide) poole pöördumise (haigestumus) ning külastatavuse maht. Samuti tuleb uurida maaelanikkonna hospitaliseerimise mahtu ja struktuuri.

Käesolev uurimus on osa tööst, mida viib läbi N. A. Semaško nimeline Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituut maaelanikkonna meditsiinilise teenindamise uurimise alal (töö juhendaja instituudi tervishoiu organisatsiooni osakonna juhataja P. Kalju).

Käesoleva töö aluseks on materjalid, mis saadi maaelanikkonnale kõikidel etappidel (velskri-ämmaemanda punktides, maa-jaoskonna haiglates, rajooni ning vabariiklikes ravi- ja profülaktikaasutustes) antud meditsiinilise abi andmete kandmisel esmaselt dokumentatsioonilt spetsiaalsele statistikakaardile. Aruannete andmeid kasutasime võrdleva abi-materjalina.

Uurisime Viljandi ja Rapla rajooni elanikkonna pöördumist, külastatavust ja hospitaliseerimist 1957. a. Uurimisele võeti Viljandi rajooni Paistu maa-arstijaoskonna kahe velskri-ämmaemandapunkti (Heimtali ja Holstre) ning Rapla rajooni Kehtna maa-arstijaoskonna elanikkond. Kokku uuriti 5784 maaelaniku pöördumist, külastatavust ja hospitaliseerimist kõikidel meditsiinilise abi etappidel.

*

1957. a. jooksul pöördus mainitud elanikkonnast kõikide ravi- ja profülaktikaasutuste poole 3446 haiget, s. o. 59,2% uuritavate punktide elanikkonnast.

Mainitud isikutest pöördusid 16,2% üksnes velskri poole; 73% arsti poole, sealhulgas maa-jaoskonnahaigla arsti poole 37%, rajoonihaigla arsti poole 26,7%, jaoskonna- ja rajoonihaigla arstide poole — 9,3%, kolme etapi, s. o. jaoskonna- ja rajoonihaigla ning vabariiklike ravi- ja profülaktikaasutuste arstide poole — 4,2%.

Maaelanikkonna meditsiinilise abi kõigi nelja etapi, s. o. velskri-ämmaemandapunkti, jaoskonna-, rajoonihaigla ning vabariiklike ravi- ja profülaktikaasutuste poole pöördus nendest isikutest 0,1%.

Ülaltoodud andmetest nähtub, et üle poole isikutest (54%) pöördub meditsiinitöötajate poole maa-arstijaoskondade piirides.

Üle poole (57,3%) kuni 1 aasta vanuste lastega pöördutakse ainult velskri-ämmaemandapunkti; 14,5% jaoskonnahaigla arsti juurde; 13,7% rajoonihaigla arstide juurde.

1- kuni 2-aastaste laste pöördumine velskri-ämmaemandapunkti, jaoskonna- ja rajoonihaiglasse on peaaegu võrdne.

2- kuni 3-aastastest pöördub jaoskonnahaigla arsti poole rohkem (45,5%).

Vastavalt haigete vanuse tõusule väheneb pöördumine velskri poole ja suureneb pöördumine jaoskonnahaigla arsti poole.

Jaoskonnahaigla arsti poole pöördub mitmesuguses vanuses 14,5 kuni 51,1 % (keskmiselt 37 %) maaelanikke; rajooni ravi- ja profülaktikaasutuste poole 13,7 kuni 41,7 % isikuid (keskmiselt 26,7%); jaoskonna- ja rajoonihaigla arstide poole pöörduvad 6 kuni 11 % isikutest (keskmiselt 9,3%).

Uurides maaelanikkonna pöördumist üksikute ühiskondlike tootmisrühmade kaupa selgub, et kolhoosnikud pöörduvad rohkem arstide poole (79,6%), sealhulgas jaoskonnahaigla arsti poole (43,7%), seejärel rajoonihaigla arstide poole (22,9%) ja umbes kuues osa velskri-ämmaemandapunkti velskri poole (13,4%). Jaoskonna- ja rajoonihaigla arstide poole pöördus 9,1 % kolhoosnikuid ja 3,9 % arstiabi kõigi kolme etapi arstide poole (jaoskonnahaigla, rajooni ja vabariiklikud ravi- ja profülaktikaasutused).

MTJ ja sovhooside töölised kui ka kolhoosnikud pöördusid peamiselt (66,8%) arstide poole, sealhulgas jaoskonnahaigla arsti poole 31,1% ja rajoonihaigla arstide poole 20,9%. Velskri poole pöördub sellest elanikkonna rühmast 19,3%.

Teenistujatest pöördus velskri poole 11,2%, jaoskonnahaigla arsti poole 21,3%; see maaelanike rühm pöördub kõige sagedamini rajoonihaigla arstide poole (44,7%).

*

Uuritud jaoskondades oli aasta jooksul 944,3 pöördumist (haigusjuhtu) 1000 elaniku kohta.

Tervikuna oli uuritava maaelanikkonna pöördumise (haigestumuse) struktuur järgmine: esimesel kohal olid nakkushaigused (17,5%), teisel kohal suuõõne- ja hambahaigused (16,9%), kolmandal — seedeelundite haigused (8,2%), neljandal — traumad (7,7%), viiendal — vereringehaigused (7,5%), kuuendal — närvisüsteemihaigused (5,9%), seitsmendal — nahahaigused (4,8%), kaheksandal — kõrva-, nina- ja kurguhaigused (4,2%), üheksandal — hingamiseldundite haigused (4,1%) ja kümnendal — luu-, lihaste- ja liigesehaigused (4,0%).

Maaelanikkonna pöördumise struktuur erines meditsiinilise abi mitmesugustel etappidel.

Velskri-ämmaemandapunkti velskri pöördumuse struktuuris omavad peamist erikaalu nakkushaigused (27,1%), traumad (10%), närvisüsteemi haigused (8,6%), vereringeelundite haigused (8,4%) seedeelundite haigused (7,7%), hingamiseldundite haigused (6,4%) jne.

Jaoskonnahaigla arsti pöördumuse struktuuris moodustasid nakkushaigused ühe viiendiku (20,6%), teisel kohal olid vereringeelundite haigused (12,5%), neile järgnesid seedeelundite haigused (11,7%), traumad (9,1%), närvisüsteemi haigused (8,2%) jne.

Rajooni raviasutuste arstide pöördumuse struktuuris omavad peamist erikaalu hambahaigused — 46,5%, nakkushaigused — 7,6%, silmahaigused — 6,7%, naiste suguelundite haigused — 5,2% jne. Pöördumised rajoonihaiglasse hambahaiguste puhul on seletatavad sellega, et maa-jaoskonnahaiglates ei ole hambaarste.

Vabariiklike asutuste arstide poole pöördumiste struktuuris olid esikohal endokriinse süsteemi haigused (21,8%), teisel kohal — seedeelundite haigused (13,5%), kolmandal — kasvaja (11,3%), neile järgnesid traumad (7,5%), närvisüsteemihaigused (6,8%), nahahaigused (6,6%), kõrva-, kurgu- ja ninahaigused (5,3%) jne.

Meie andmetel oli pöördumine mitmesuguste ravi- ja profülaktikaasutuste poole üksikute haigusklasside järgi erinev.

Näiteks jagunes pöördumine nakkushaiguste puhul järgmiselt: umbes pool pöördumistest langes maa-jaoskonnahaiglale, natuke üle ühe kolmandiku — velskri-ämmaemandapunktile ja üks kuuendik — rajoonihaiglale.

Pöördumised traumade puhul jagunesid järgmiselt: pool pöördumistest langeb rajoonihaiglale, üks kolmandik — jaoskonna ja üks kuuendik — vabariiklikele asutustele.

Analoogiliselt jagunevad pöördumised kasvajate puhul.

Pöördumised närvisüsteemi haiguste puhul piirduvad peamiselt maa-arstijaoskonnaga, sest üle poole pöördumistest langeb jaoskonnahaiglale ja üle ühe kolmandiku — velskri-ämmaemandapunktile, mis tõenäoliselt ei ole alati õigustatud. Pöördumised silmahaiguste puhul jagunevad peamiselt kahe etapi vahel: kaks kolmandikku rajooni- ja üks neljandik — jaoskonnahaiglale.

Pöördumised kõrva-, nina- ja kurguhaiguste puhul jagunevad kolme etapi vahel võrdselt — ühe kolmandiku kaupa — velskri-ämmaemandapunktidele, jaoskonna- ja rajoonihaiglale. Pöördumised hingamiselundite haiguste puhul jagunevad kahe etapi vahel — üle poole jaoskonnahaiglale ja üle ühe kolmandiku velskri-ämmaemandapunktile. Pöördumised vere- ringeelundite haiguste puhul jagunevad samuti kahe etapi vahel: kaks kolmandikku nendest langeb jaoskonnahaiglale ja üks kolmandik velskri-ämmaemandapunktile.

Pöördumised seedeelundite haiguste puhul jagunevad peamiselt kolme etapi vahel — üle poole jaoskonnahaiglale, üks neljandik velskri-ämmaemandapunktile ja üks viiendik rajoonihaiglale.

Pool pöördumistest naiste suguelundite haiguste puhul langeb rajoonihaiglale, üks kolmandik jaoskonnahaiglale ja üks viiendik velskri-ämmaemandapunktile.

Seega langeb velskri-ämmaemandapunktile üks kolmandik või natuke rohkem maaelanike pöördumistest nakkushaiguste, hingamiselundite, vereringe-, närvisüsteemi-, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste puhul, üks neljandik pöördumistest seedeelundite haiguste puhul ja üks viiendik naiste suguelundite haiguste puhul.

Maajaoskonnahaiglale langeb pool või natuke rohkem kui pool maaelanike pöördumiste arvust nakkushaiguste, hingamiselundite, seedeelundite ja närvisüsteemi haiguste puhul, kaks kolmandikku pöördumistest hingamiselundite haiguste puhul, üks kolmandik traumade, kasvajate, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste ning naiste suguelundite haiguste puhul; üks neljandik silmahaiguste puhul.

Rajooni ravi- ja profülaktikaasutustes langeb kaks kolmandikku pöördumistest nägemiselundite haigustele, pool pöördumistest traumadele, kasvajatele, naiste suguelundite haigustele, üks viiendik pöördumistest seedeelundite haigustele ja üks kuuendik nakkushaigustele.

Meie uurimusest nähtub, et aasta jooksul tuleb ühe maaelaniku kohta 2,2 külastust kõikidesse ravi- ja profülaktikaasutustesse.

*

Pöördumiste ja külastuste suhe on 1 : 2,3, velskri-ämmaemandapunktides on see suhe 1 : 3,8, jaoskonnahaiglas 1 : 1,5, rajooniasutustes 1 : 2,2 ja vabariiklikes asutustes 1 : 3,5.

Umbes 40% kõikidest külastustest langeb keskharidusega meditsiini-personalile, jaoskonnahaigla arstile üks neljandik külastusi (25,6%), rajooniasutuste arstidele langeb 35,9% ja vabariiklike asutuste arstidele 2,2% külastuste üldarvust.

Ühe maaelaniku kohta tuleb 0,4 külastust profülaktilise eesmärgiga, mis on ilmselt mitteküllaldane.

Külastused profülaktilisel otstarbel jagunevad järgmiselt: velskri-ämmaemandapunkti velskrile langeb 61,3% profülaktilistest külastustest; ainult umbes 10% profülaktilistest külastustest langeb maa-jaoskonnahaiglale, tunduvalt rohkem rajooni ravi- ja profülaktikaasutustele (28,6%) ja päris väike osa profülaktilisi külastusi langeb vabariiklikele ravi- ja profülaktikaasutustele (0,7%).

Velskri-ämmaemandapunkti ja maaajaoskonnahaigla külastused toimuvad peamiselt nakkushaiguste, traumade, reumatismi, hingamiseliundite, vereringeelundite, seedeelundite, luu-, lihaste- ja liigesehaiguste ning neeruhaiguste puhul.

Külastused kõrva-, nina-, kurguhaiguste ja nahahaiguste puhul jagunevad võrdseks kolme etappi velskri-ämmaemandapunkti, jaoskonna- ja rajoonihaiglate vahel.

Kasvajate, silmahaiguste, suuõõne- ja hambahaiguste ning naiste suguelundite haiguste puhul külastatakse peamiselt rajoonihaigla arste.

*

Maaelanikkonna hospitaliseerimise materjalid näitavad, et aasta jooksul on hospitaliseeritud 16,8% elanikkonnast, ehk 17,6% pöördunute arvust.

Hospitaliseeritute üldarvust hospitaliseeriti jaoskonnahaiglatesse 36,7% (6,1% elanike arvust ja 16,7% pöördumiste arvust antud haiglatesse), rajooniasutustesse — 54,8% (9,2% elanike arvust, 27,2% antud asutusse pöördumiste arvust) ja vabariiklikesse asutustesse hospitaliseeriti 8,5% (1,4% elanikkonnast ja 6,1% antud asutuste pöördumiste arvust).

Iga haige viibis voodis keskmiselt 14,5 päeva: jaoskonnahaiglas — 16,1 päeva, rajooniasutustes — 12,9 päeva ja vabariiklikes asutustes — 22,5 päeva.

Hospitaliseeritud haigete koosseisu erinevus haiguste klasside ja nosoloogiliste vormide järgi on analoogiline, mis peegeldab nii pöördumise kui ka maaelanike vanuselis-soolisi erinevusi.

Hospitaliseeritud haigete hulgast olid esimesel kohal nakkushaigused (16,7%), teisel — seedeelundite haigused (16,2%), kolmandal — raseduse ja sünnituse patoloogia ning sünnitusjärgsed haigused (10,2%), neljandal — traumad (9,9%), viiendal — hospitaliseerimine sünnituste puhul (7,2%), kuuendal — vereringeelundite haigused (6,2%), seitsmendal — hingamiseliundite haigused (5,9%), kaheksandal — närvisüsteemihaigused (3,8%), üheksandal — kasvaja (3%) ja kümnendal — naiste suguelundite haigused (2,8%).

Hospitaliseerimise struktuur üksikute raviasutuste kaupa erineb mõnevõrra maaelanikkonna hospitaliseerimisest tervikuna. Maaajaoskonnahaiglas hospitaliseeritud haigete struktuuris on esimesel kohal seedeelundite, teisel kohal — nakkushaigused, kolmandal — hingamiseliundite, seejärel — vereringeelundite haigused, traumad, närvisüsteemi haigused jne.

Rajooni ravi- ja profülaktikaasutustesse hospitaliseeritud haigete struktuuris on esimesel kohal nakkushaigused; teisel — raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi patoloogia, kolmandal — seedeelundite haigused, nende järel hospitaliseerimine sünnituse, traumade jne. puhul.

Vabariiklikesse ravi- ja profülaktikaasutustesse hospitaliseeritud haigete struktuuris on esimesel kohal silmahaigused, teisel — seedeelundite haigused, kolmandal kohta jagavad omavahel kasvaja ja trauma, neljandal kohal on samuti kaks haiguste klassi — raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi patoloogia ning endokriinse süsteemi haigused, viiendal kohal on nakkushaigused, kuuendal — kõrva-, nina- ja kurguhaigused jne.

Sünnitused raviasutuses moodustavad hospitaliseeritute üldarvust 7,1%. Sünnituste puhul toimus hospitaliseerimine peamiselt rajoonihaiglas — 97%.

Maa-ajaoskonnahaiglas moodustavad sünnitaja 0,3% kõikidest hospitaliseeritutest.

Järeldused

1. Meie poolt uuritud maaajaoskonnahaiglad võtavad mitteküllaldaselt osa maaelanikkonnale sünnitusabi ning pediatrilise abi andmisest ja hambahaiguste ravimisest. Põhjendamatult väike on maaajaoskonna arsti osa haigete vahetul teenindamisel velskri-ämmaemandapunktis.

Meie andmetel on pöördumiste arv velskri-ämmaemandapunktis maa-jaoskonnaarsti poole viidud miinimumini — umbes 0,02%.

2. Kuni 1 aasta vanuseid lapsi teenindab peamiselt velskri-ämmaemandapunkti keskharidusega meditsiinipersonal. Selle põhjused võivad olla järgmised: emad kardavad haigeid lapsi kauge maa tõttu arsti juurde viia, maaajaoskonna arst, kuigi ta viibib velskri-ämmaemandapunktis, ei organiseeri haigete vastuvõttu, rajooni lastenõuandla puudulik aktiivsus, mis piirdub oma funktsioonides ainult rajoonikeskusega.

3. Õigustamata suure arvu (ühe kuuendiku) ambulatoorseist haigeist võtab jaoskonnahaiglas vastu velsker.

4. Kui analüüsida Eesti NSV maaelanikkonna pöördumiste struktuuri ja N. A. Semaško nimelise instituudi poolt üheksas NSV Liidu rajoonis uuritud maaelanike pöördumise struktuuri, siis nähtub, et kõikides rajoonides on esikohal nakkushaiguste klass (see näitaja tõusis 1957. a. sügisese gripiepideemia arvel), teisel kohal on kõikides rajoonides suuõõne- ja hambahaigused ning seedeelundite haigused; üheksas rajoonis on kolmandal ja neljandal kohal vereringeelundite haigused ja traumad, Eesti NSV-s on esikohal traumad, seejärel vereringeelundite haigused, üheksas rajoonis on viiendal kohal hingamiseldundite haigused, Eesti NSV-s — närvihaigused, kuuendal kohal on — üheksas rajoonis ja Eesti NSV-s naha- ja nahahaigused seitsmendal kohal — samuti kõikides rajoonides kõrva-, nina- ja kurguhaigused, kaheksandal kohal — üheksas rajoonis — närvihaigused, Eesti NSV-s hingamiseldundite haigused, üheksas koht — üheksas rajoonis parasitaarhaigused, Eesti NSV-s luu-, lihase- ja liigesehaigused, kümnendal kohal — üheksas rajoonis — naiste suguelundite haigused, Eesti NSV-s — silmahaigused, naiste suguelundite haigused aga on üheteistkümnendal kohal.

Eesti NSV-s prevaleerivad endokriinse süsteemi ja ainevahetuse haigused. Võrdlemisi vähe esineb parasitaarhaigusi ja ebatäpselt märgitud haigusi. Viimane asjaolu viitab arstide tõsisele suhtumisele diagnostikaküsimustes.

Väga kõrge pöördumiste arv on hamba- ja suuõõnehaiguste alal — 161,3 tuhande elaniku kohta (NSVL 9-s rajoonis 37,9). Seejuures peab arvestama, et hambaravi on uuritud rajoonides korraldatud ainult rajoonikeskuses. Seda abi tuleb elanikkonnale lähendada.

5. Eesti NSV-s on velskriabi erikaal tunduvalt madalam (16,2%) kui teistes NSV Liidu rajoonides, kus visiidid velskri juurde moodustavad kuni 42%.

6. Eesti NSV uuritud rajoonides on hospitaliseerimine tunduvalt kõrgem (16,8%), kui reas NSV Liidu rajoonides (Vene NFSV kolme rajooni materjalide põhjal on see 7,5 kuni 12%), kusjuures haigete põhimass hospitaliseeritakse mitte jaoskonnahaiglasse vaid rajoonihaiglasse (54,8%) ja võrdlemisi vähe vabariiklikesse asutustesse (8,5%). Hospitaliseeritud haigete struktuur üksikute raviasutuste kaupa on tunduvalt erinev, näiteks maa-jaoskonnahaiglasse hospitaliseeritakse peamiselt seedeelundite, nakkushaiguste, vereringeelundite ja hingamiseldundite haigustega, rajoonihaiglas on esimesel kohal nakkushaigused, siis raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgne patoloogia, seejärel seedeelundite haigused, sünnitused ja traumad. Vabariiklikke asutustes on esikohal silmahaigused, nendele järgnevad seedeelundite haigused, kasvaja ja traumad.

7. Vähe tähelepanu on pööratud profülaktikale, sest profülaktilised visiidid moodustavad ainult 0,4 ühe elaniku kohta aastas.

Об обследовании медицинского обслуживания населения районов Вильянди и Рапла

Е. Логинова и Ф. Арнеман

Резюме

Успешное планирование медицинского обслуживания сельского населения возможно только при условии изучения состояния здоровья населения и его потребности в различных видах амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Изучение обращаемости, посещаемости и госпитализации сельского населения было проведено по материалам 1957 года в двух районах республики — Вильяндском (Пайстуский участок) и Рапласком (Кехтнаский участок). Это исследование является частью работы, проводимой Институтом организации здравоохранения и истории медицины им. И. А. Семашко.

Больные учитывались на всех этапах их обслуживания — фельдшерско-акушерский пункт, участковая больница, районная больница, республиканские учреждения. Полученные данные показали, что из общего числа населения упомянутых районов в течение года в медицинские учреждения обратилось 53,2%, из последних — только к фельдшеру 16,2% (по СССР — 42%).

Больше половины больных (54%) обращалось в пределах сельского врачебного участка. С детьми до 1 года обращались в основном на фельдшерско-акушерские пункты. С увеличением возраста больных уменьшался удельный вес обращаемости к фельдшеру и возрастал удельный вес обращаемости к врачу.

Обращаемость к врачу составляла: колхозников — 79,6%, в том числе к врачам районной больницы 22,9%; рабочих МТС и совхозов — 66,8%, в том числе к врачам районной больницы 20,9%. Служащие обращались главным образом в районную больницу (44,7%).

Общая обращаемость за 1957 год составляла 944,3 на 1000 населения. Первое место занимали инфекционные болезни (17,5%), второе — болезни зубов и полости рта (16,9%), затем — болезни органов пищеварения (8,2%), травмы (7,7%), болезни органов кровообращения (7,5%), нервной системы (5,9%), кожи (4,8%), уха-горла-носа (4,2%), органов дыхания (4,1%) и болезни костей, сочленений и мышц (4%).

По сравнению с данными девяти районов Советского Союза в Эстонии наблюдалось больше болезней обмена веществ, новообразований, эндокринной системы и зубов. В то же время наблюдалось меньше паразитарных, болезней органов дыхания и неточно обозначенных.

Посещаемость сельских жителей невысока: на 1 жителя приходится 2,2 посещения в год; очень мало с профилактической целью — 0,4 на 1 жителя в год.

В течение года госпитализировалось 16,8% населения, что значительно выше, чем в СССР (от 7,5 до 12,0%). Основная масса больных госпитализировалась в районную больницу (54,8%) и сравнительно мало в республиканские учреждения (8,5%). Средняя длительность пребывания на койке — 14,5 дня. Структура госпитализированных больных: инфекционные болезни — 16,7%, болезни пищеварения — 16,2%, болезни беременности и патологии родов — 10,2%, травмы — 9,9%, роды — 7,2%, болезни органов кровообращения — 6,2%, органов дыхания — 5,9%, нервной системы — 3,8%, новообразования — 3,0%, болезни женских половых органов — 2,8%.

Изученные материалы показывают, что сельские участковые больницы не принимают достаточного участия в оказании акушерской, педиатрической и зубоврачебной помощи. Участковые врачи мало бывают на фельдшерско-акушерских пунктах, как видно из того, что обращаемость больных к врачу на этих пунктах составляет только 0,02%.

RANGLUUMURDUDE OPERATIIVSEST RAVIST

K. Pöder, E. Liiv ja E. Kivivare

(Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor A. Linkberg, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast peaarst M. Eitelberg)

Viimase aastakümne jooksul on ilmunud rida töid [J. Karaliunas (1), S. Portugalov (2), M. Ussova (3), A. Novitski (4), S. Iljenkov (5), T. Togi ja M. Kivistik (6) jt.], mis käsitlevad rangluumurdude üldiõnesisest naelastamismeetodit spetsiaalse metallnaela abil. Samad autorid põhjendavad ka üldiõnesisese naelastamise eeliseid. Üldiõnesisene naelastamine võimaldab fragmente täielikult reponeerida ja fikseerib fragmendid kindlalt,

kusjuures langeb ära õlaliigese kauaaegne operatsioonijärgne välispidine fikseerimine spetsiaalsete sidemete abil.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas hakati rangluumurdude üdiõonesisest naelastamist kasutama 1952. aastal. Ajavahemikul 1952. a. jaanuarist kuni 1959. a. novembrini on rangluumurruga statsionaarsel ravil viibinud 133 haiget. Neist on 98 haigel sooritatud operatsioon, kusjuures 53 juhul toimus üdiõonesisene naelastamine metallnõela abil j. 45 juhul fiksatsioon siidi või traadiga.

Laialdasemalt on rangluu üdiõonesisest naelastamist rakendatud alates 1955. aastast. Kui esimese 3 aasta jooksul (1952—1954) sooritati ainult kolm rangluumurru üdiõonesisest naelastamist, siis viimase 2 aasta ja 10 kuu jooksul (1957—1959. a. okt.) on tehtud 35 üdiõonesisest naelastamist (tabel 1).

Tabel nr. 1

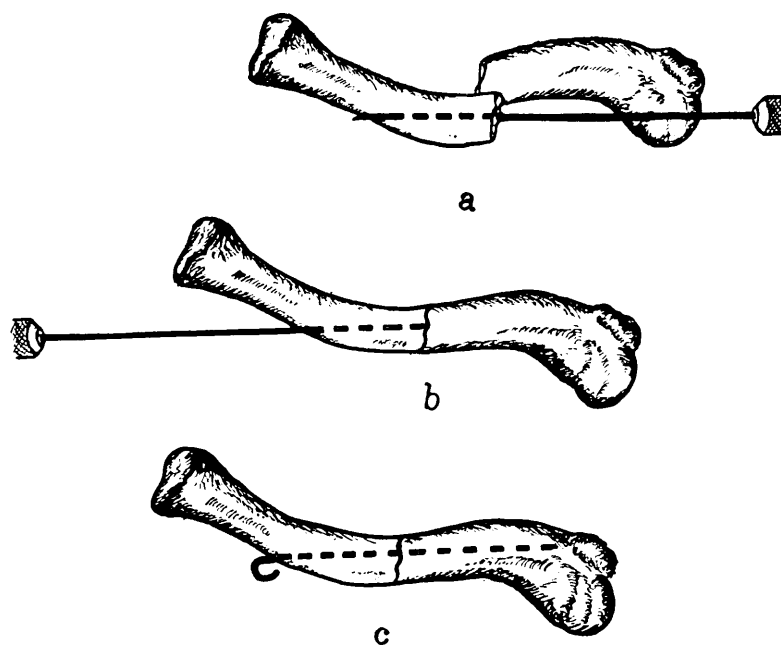
Aasta	Üdiõonesisene naelastamine	Fikseerimine siidi või traadiga	Kokku
1952	1	10	11
1953	—	6	6
1954	2	10	12
1955	9	2	11
1956	6	9	15
1957	13	1	14
1958	7	5	12
1959	15	2	17
Kokku	53	45	98

Rangluumurdude üdiõonesiseseks naelastamiseks kasutatakse Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas roostevabast terasest ümmargust naela läbimõõduga 1,5—3 mm ja pikkusega 10—12 sm. Naela luusse juhtimise hõlbustamiseks on selle üks ots terav. Nael pannakse keerlema spetsiaalse pidemega varustatud elektripuuri abil. Naela viimine luuüdikanalisse peab toimuma arvestusega, et see ulatuks kummassegi fragmenti vähemalt 3—3,5 sm võrra. Osteosünteesiks kasutatavad naelad peavad olema küllalt tugevad ja elastsed, et vältida murdumist või paindumist.

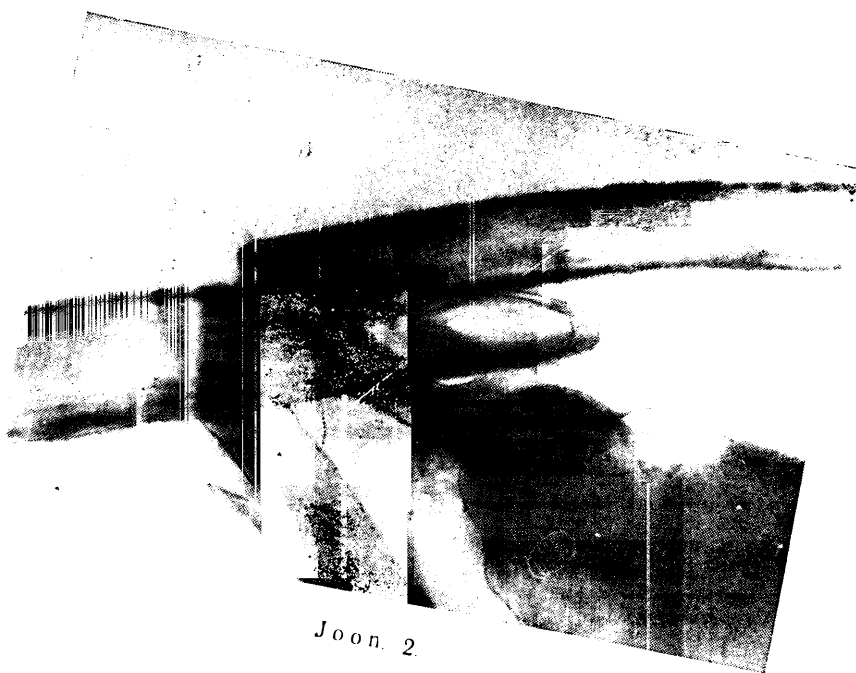
Operatsiooniks asetatakse haige selili, kusjuures ülakeha asetatakse veidi kõrgemale. Murrupoolset kätt ei fikseerita, et reponeerimisel oleks võimalik seda liigutada. Kasutatakse paikset infiltratsioonianesteesiast, väga harva (ainult lastel) üldnarkoosi.

6—8 sm pikkune nahalõige tehakse paralleelselt rangluu alumise servaga. Fragmentide vabastamisel tuleb vältida kildude irdumist periostist. Naelastamine algab kanali mediaalse fragmendi ettevalmistamisega, milleks viiakse sobiv nael murrukohast mediaalse fragmendi üdiõõnde arvestusega, et see väljuks läbi *substantia compacta* umbes 3—4 sm murrukohast mediaalsemalt (joon. 1, a). Pärast seda tõmmatakse nael luufragmendist välja ja viiakse ilma puuri otsast eemaldamata mööda valmistatud kanalit kuni murrujooneni suunaga mediaalselt lateraalsele. Fragmentid reponeeritakse (joon. 1, b) luutangide abil ja nael juhitakse elektripuuriga 3—4 sm võrra edasi lateraalse fragmendi üdiõõnde.

Luukillud paigaldatakse ja fikseeritakse murrukohale *catgut*'iga. Naela mediaalse fragmendi poolne ots, mis ulatub luust 1—2 sm võrra välja, painutatakse kõveraks, et vältida naela väljalibisemist (joon. 1, c). Operatsioonijärgne õlaliigese välispidine fiksatsioon spetsiaalsete sidemete abil pole vajalik. Käsi asetatakse kolmnurkse sideme abil 3—5 päevaks kaela, et vältida esimestel päevadel pärast operatsiooni käe liigutamisel esinevat valu. Alates 5.—6. päevast võib alustada raviharjutusi.

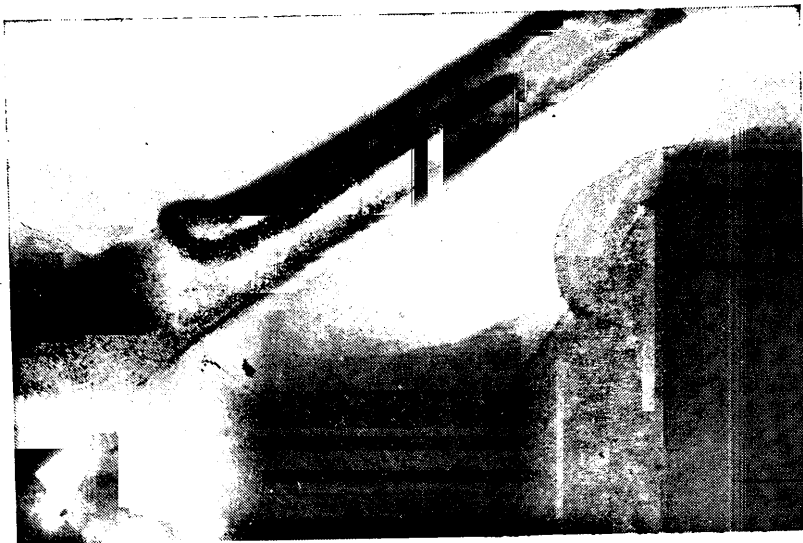


Joon. 1.



Joon. 2.

TAHVEL IV



Joon. 3.



Joon. 4.

Röntgenograafiliselt sedastatava *callus*'e puhul eemaldatakse nael operatsiooniarmpi mediaalsesse otsa tehtava väikese löike kaudu keskmiselt 4—6 nädalat pärast operatsiooni.

Eespoolkirjeldatud meetodi järgi sooritati üdiõõnesisene naelastamine 53 rangluumurru puhul (39 mehel ja 14 naisel vanuses 5 aastast kuni 65 aastani). Sagedamini esinesid rangluumurrud vanuses 21—30 a. (20 juhtu 53-st). Üldse oli 31 kild-, 16 rist- ja 6 põikmurdu. Sagedamini esinesid murrud keskmises (47 juhul), harvemini aga lateraalses kolmandikus (6 juhul).

Alljärgnevalt esitame üdiõõnesisese naelastamise juhu. 50-aastane mees (haiguslugu nr. 1027, 1959. a.), elukutselt autojuht, saabus kliinikusse 27. III 59. a. vasaku rangluu kildmurruga, kusjuures fragmentid olid tugevasti dislotseerunud (foto 2). Trauma tekkis samal päeval kukkumisest vasakule õlale. 29. III 59. a. teostati haigel *osteosynthesis metallica clavicularae sin.* (foto 3). Rangluusse viidi metallnõel läbimõõduga 2,4 mm ja kild fikseeriti *catgut*'i abil. Haava viidi 200 000 TÜ penitsilliini (pulbrina). Käsi fikseeriti kaela kolmnurkse sideme abil. Pärast operatsiooni tüsistusi ei tekkinud. Haav paranes *per primam intentionem*. Haige lahkus kliinikust 7. päeval ilma käe välispidise fiksatsioonita ja asus autojuhi ülesannete täitmisele 32 päeva pärast operatsiooni. Nael eemaldati 60. päeval pärast operatsiooni, kui sedastati *callus*'e tekkimist murrupiirkonnas (foto 4).

Operatiivse ravi tagajärgede kontrollimiseks ja ravimeetodite omavaheliseks võrdlemiseks saadeti kõigile Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas rangluumurruga operatiivsel ravil viibinud haigetele spetsiaalsed ankeetlehed ja kutse ambulatoorsele järelevaatusele ilmumiseks kaebuste väljaselgitamise, õlaliigese funktsiooni määramise ja röntgenograafia otstarbel.

Järelevaatusele ilmus 61 haiget, neist 37 üdiõõnesiseselt naelastatud ja 24 siidi või traadiga fikseeritud rangluumurruga.

Ravitulemusi hinnati järgmiste näitajate põhjal: kaebused, töövõime, õlaliigese funktsioon, röntgenograafia ja operatsiooniarmpi seisund.

Tulemused loeti headeks, kui haigel ei olnud kaebusi, tema töövõime ja õlaliigese funktsioon olid täielikult taastunud, fragmentide seis röntgenifilmil anatoomiliselt hea, *callus* mõõdukas; operatsioonijärgne arm kosmeetiliselt korras.

Rahuldavateks loeti tulemused, kui haige esitas mõne kaebuse: röntgenifilmil võis sedastada luufragmentide dislokatsiooni ja *callus*'e liigset teket, õlaliigese funktsioon oli aga häireteta.

Mitterahuldavateks loeti tulemused, kui haigel oli kaebusi õlaliigese funktsiooni valulikkuse või piiratud üle: röntgenifilmil sedastati täielikku fragmentide dislokatsiooni või ebaliigese väljakujunemist.

Tabel 2

	Üdiõõnesisene naelastamine	Fikseerimine siidi või traadiga	Kokku
Kontrollitud haigete üldarv	37	24	61
Neist:			
häid tulemusi	33	15	48
rahuldavaid tulemusi	4	4	8
mitterahuldavaid tulemusi	—	5	5

Rangluumurdude operatiivse ravi hinnang on toodud tabelis nr. 2. Ravi kaugresultaatide analüüs näitab, et rangluu üdiõõnesisene naelastamine omab eeliseid võrreldes teiste operatiivsete ravimeetoditega. Nii ei esinenud 37 kontrollitud haigest, kelle rangluu üdiõõnesiseselt naelastati, ühelgi mitterahuldavaid tagajärgi.

Samal ajal võis aga 24 siidi või traadiga fikseeritud kontrollitud juhust 5 haigel täheldada mitterahuldavaid tulemusi. Nii kujunes kolmel haigel ebaliiges fragmentide mitteköllaldase fikseerumise tõttu siidi või

traadi katkemise tagajärjel. Kahel haigel põhjustas traadi katkemine ja fragmentide sekundaarne dislokatsioon *callus*'e ülirohket teket murru kohal, mis surus närvipõimikule ja põhjustas valusid rangluupiirkonnas.

Ravitulemuste hindamisel on oluline teada aega, mis kulub õlaliigese funktsiooni ja haige töövõime taastamiseks. Kui siidi või traadiga fikseeritud murdude puhul taastub töövõime 1,5—2 kuu jooksul, siis taastub see üdiõõnesisese naelastamise puhul kerge füüsilise töö korral juba 7—14 päeva, raske füüsilise töö korral aga 20—35 päeva möödumisel.

Ravi kaugtagajärgede analüüsinisest järeldub, et parimaid anatoomilisi ja funktsionaalseid tulemusi annab üdiõõnesisene naelastamine metallnõela abil.

Rangluumurdude üdiõõnesisest naelastamist tuleb rakendada kõikide kildmurdude puhul, kus esineb fragmentide ulatuslik nihkumine.

KIRJANDUS

1. Каралюнас Ю. Б. Лечение переломов ключицы внутрикостным штифтованием металлическим гвоздем. Автореферат диссертации, Вильнюс, 1956. — 2. Поротугалов С. О. Сов. медицина, 4, 58—63, 1957. — 3. Усова М. М. Вестн. хирургии, 4, 62—65, 1957. — 4. Новицкий А. Н. Вестн. хирургии, 6, 11—16, 1958. — 5. Ильенков С. И. Вестн. хирургии, 6, 17—20, 1958. — 6. Тоги Т. и Кивистик М. О лечении и отдаленных результатах переломов ключицы. Тезисы докладов II Объединенной научной конференции студенческих научных обществ медицинских высших учебных заведений Прибалтийских советских социалистических и Белорусской ССР. Тарту, 1959, 80—81.

Об оперативном лечении переломов ключицы

К. Пыдер, Э. Лийв и Э. Кививаре

Резюме

Из 98 оперированных больных в хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы у 53 был произведен внутрикостный металлический остеосинтез, у 45 осуществлена фиксация шелком или проволокой.

Если в первые три года рассматриваемого периода (1952—1959) преобладала фиксация шелком или проволокой, а внутрикостный металлический остеосинтез был применен только в 3 случаях, то в течение последних трех лет внутрикостный металлический остеосинтез был применен уже у 35 больных.

Для проверки отдаленных результатов лечения переломов ключицы все лечившиеся были амбулаторно обследованы. У каждого из них проверялась функция плечевого сустава, производилась рентгенография, выяснялась причина тех или иных жалоб.

Всего был обследован 61 больной, из них у 37 отломки были фиксированы с помощью внутрикостного металлического стержня, у 24 — шелком или проволокой. Лучшие отдаленные результаты как в анатомическом, так и в функциональном отношении были получены при внутрикостном металлическом остеосинтезе. В этой группе (37 больных) неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

Из 24 больных, у которых была произведена фиксация шелком или проволокой, в 5 случаях лечебный эффект оказался неудовлетворительным (образование ложного сустава или чрезмерное разрастание костной мозоли с последующим сдавлением плечевого сплетения).

Следовательно, внутрикостный металлический остеосинтез дает длительную фиксацию фрагментов, не нуждается в дополнительной внешней фиксации, позволяет добиться ранней функции поврежденной конечности и сокращает время нетрудоспособности.

Можно считать, что лечение переломов ключицы внутрикостным металлическим остеосинтезом, применяемом в хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы с 1952 года, является наиболее эффективным из всех ранее предложенных оперативных методов.

IMIKUEA OTOANTRIIDI PROBLEEMIST

G. Arro, L. Keres, U. Podar, E. Siirde ja V. Särgava

(Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dots. L. Keres, patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja prof. A. Valdes, otorinolaringoloogia kateedrist, juhataja dots. E. Siirde, Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst H. Kääri ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Boston)

Varases lapseas esineb keskkõrvapõletik sageli, eriti raskete üldhaiguste puhul. Imikuil võib otiit põhjustada peale tavaliste komplikatsioonide düspeptilisi nähte ja ümberpöörduvalt — seederikete puhul võib kujuneda tüsistusena keskkõrvapõletik. Seos seederikete ja otiidi vahel on oluline just ravi seisukohalt, selle tõttu on nende küsimuste segitamine leidnud teenitud tähelepanu nii otoloogia kui ka pediaatria seisukohalt.

Peale tavalise otiidi kohtame imikueas sageli sellist keskkõrvapõletikku, kus lokaalsed nähud on nõrgalt välja kujunenud. Selliste juhtudel kõneldakse nn. latentsest otiidist ja antriidist ehk otoantriidist. Mõned autorid on latentse otoantriidi viinud ühendusse toksilise düspepsia ja düsenteeriapuhuse sekundaarse toksikoosiga. Otiidile vaadatakse sellistel juhtudel kui parenteraalsele infektsioonikoldele, mis põhjustab toksikoosi.

Kuna latentse otoantriidi diagnoosimine on sageli seotud raskustega, on otsitud uusi diagnostilisi teid selle avastamiseks, nagu antrumi punktsioon [A. Varšavski (1), A. Kolomitschenko (2), N. Onoprienko (3), D. Sigalov ja S. Rahlina (4) jt.] ja röntgeniülesvõtted *antrum mastoideum*'ist [V. Ginsburg (5), A. Šuhhat (6), T. Klušina (7), A. Gingold (8), A. Vares ja R. Mongustova (9), Biesalski (19) jt.].

Toksikoosipuhuse otiidi ravis esineb kaks diametraalset seisukohta. Ühed rakendavad igal juhul operatiivset ravi, isegi otoloogiliste nähtude puudumisel, lähtudes asjaolust, et mõnikord operatsiooni tagajärjel imiku seisund paraneb. Teised teostavad antrotoomiat ainult komplikatsioonidega otiidi puhul.

Esimesel ravietapil soovitatakse kasutada paratsenteesi. Sellega on saavutatud positiivseid tagajärgi umbes ühe kolmandiku haigete juures [N. Rosenblat ja E. Rahmel (10), J. Solomonov (11), S. Agroskin (12) jt.], peamiselt juhtudel, kui paratsentees oli tehtud otoskoopilistel näidustustel.

Ka radikaalne kirurgiline ravi ei ole andnud küllaldest efekti. Opereeritud haigete suuremus on suur ja märgatavaid tagajärgi saavutatakse suhteliselt harva. Kuna antriidid on tavaliselt kahepoolsed [N. Rosenblat ja E. Rahmel (10), R. Sandler (13)], tuleb teha mõlemapoolne antrotoomia. See on toksikoosiga imikule küllaltki suur trauma ja suuremus on suur [R. Sandleril (13) ligi 50%, N. Rosenblatil ja E. Rahmelil (10) 72%, A. Berezovskajal ja S. Kravetskajal (14) 47% jt.].

Leid antrotoomia puhul on tavaliselt väike. Toksikoosi tagajärjel surnud lastel on kahjustatud sageli mitmed elundid (kuseteed, kopsud jne.). Kõrv on ainult üheks paljudest kolletest ja nibujätke aktiivseks vahelesegamiseks kõige kättesaadavam [J. Solomonov (11)]. Sellise kogu organismi haarava protsessi puhul (nn. septiline rõngas) on imiku organism kaitsetu ja ühe kolde eemaldamine ei anna loomulikult oodatavat efekti.

L. Zaritski ja J. Leštšenski (15) rõhutavad, et düsenteeria ja düspepsia puhul hinnatakse latentse otoantriidi tähtsust toksikooside etioloogias sageli üle. Biesalski (19) jõuab järeldusele, et komplitseerumata seroossed ja mädased keskkõrvapõletikud ei näi avaldavat otsustavat mõju seede- ja toitehäiretele, need esinevad tavaliselt ülemiste hingamisteede infektsioonide kaasnähuna. Sekundaarne düspepsia tekib sellistel juhtudel üsna harva. Seede- ja toitehäirete põhjusena tuleb silmas pidada ka soolekepike patogeenseid serotüüpe, viirusinfektsioone, lamblioosi, alimentarseid põhjusi jne.

Osa pediaatritest ei omista otiidile suuremat osatähtsust kui teistele põletikulistele komplikatsioonidele, teised aga näevad otoantriidis väga ohtlikku komplikatsiooni, mille puhul on kiire operatiivne ravi vajalik.

Kuna otoantriitide küsimuses esineb veel lahkarvamisi, siis on käesoleva töö eesmärgiks analüüsida seda probleemi Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla, Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva- ning kurguosakonna ja Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuri andmetel.

Otoantriidi diagnostika täpsustamiseks tehti üldkliinilise ja otoloogilise uurimise kõrval röntgeniülesvõtteid. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas on antriidi diagnoosimiseks imikutel viimase kahe aasta jooksul rakendatud oimuluu röntgenograafiat V. Ginsburgi (5) poolt soovitatud meetodi abil. Vastavalt kliinilistele näidustustele on ülalmainitud meetodil tehtud *antrum mastoideum*'i röntgeniülesvõtteid 46 lapsel, neist 14 lapsel korduvalt. 27 uuritud lapsel võimaldas oimuluu röntgenograafia antriiti kindlasti eitada. Kaheksal lapsel diagnoositi röntgeniülesvõtete ja kliiniliste otoloogiliste andmete põhjal antriiti. Nimetatud haigete kliiniliseks põhidiagnoosiks oli alimentaarne düspepsia — 1 juhul, otoantriit — 3 juhul, bronhopneumoonia — 2 juhul, mädane meningiit — 1 juhul ja sepsis — 1 juhul. Neist 2 lapsel tehti antrotoomia Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas, ülejäänud 6 last raviti konservatiivselt. Kõik 8 last paranesid. Ka kirjanduse andmetel võib otoantriit ja mastoidiit paraneda konservatiivse raviga [A. Lihhatšov (16), I. Štšerbato (17), N. Zberovskaja ja I. Jakovleva (18)].

11 haigel lapsel esines röntgeniülesvõtetel *antrum mastoideum*'i muutusi, mis aga kliinilist leidu arvestades ei võimaldanud teha kindlaid diagnostilisi järeldusi.

Oimuluu röntgeniülesvõtete diagnostilise väärtuse täpsustamiseks tehti röntgeniülesvõtted sama meetodiga veel 14 kliiniliselt tervel ja otoskoopiliselt patoloogilise leiuta imikul Tartu Linna II Väikelastekodust. Uurimiseks valiti lapsed, kes kunagi ei olnud keskkõrvapõletikku põdenud. 14 tervest imikust oli *antrum mastoideum* 9 juhul mõlemapoolselt transparentne, 5 juhul esines transpaarsuse vähenemine ühe antrumi piirkonnas.

Need 60 lapsel tehtud röntgeniülesvõtted lubavad teha järgmisi järeldusi.

Parema ja vasaku *antrum mastoideum*'i kuju ja transpaarsuse erinevus ühe kolmandiku kliiniliselt tervete ja otoskoopiliselt patoloogilise leiuta laste röntgenogrammil näitab, et kõrvade vahel võib normaalselt esineda morfoloogiline erinevus.

Mõlema *antrum mastoideum*'i külgühtlane ja küllaldane transpaarsus röntgenogrammil lubab täielikult eitada vedelikusisaldust ja proliferatiivset põletikku antrumis.

Antrum mastoideum'i transpaarsuse vähenemine röntgeniülesvõtetel õigustab antriidi diagnoosimist ainult vastava kliinilise ja otoskoopilise leiu puhul.

Antrum mastoideum'i röntgeniülesvõtted on diagnostiliseks abivõtteks imikute otoantriidi diagnoosimisel ja võimaldavad korduvalt teostatuna jälgida haigusprotsessi dünaamikat ning ravi efektiivsust.

Koostöös Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla, Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonna vahel teostati 1948.—1950. aastal toksikoosi sündroomiga imikutel sageli antrotoomiat. Kolme aasta jooksul opereeriti kokku 17 imikut. Toksiline seisund vähenes pärast operatsiooni ainult 4 juhul, 10 juhul operatsioon ei mõjutanud haiguse kulgu ja 3 opereeritud haiget surid. Seega oli kirurgilise ravi efektiivsus enamikul juhtudest väike, mistõttu antrotoomiat tavalisele ravile mittealluvatel juhtudel hiljem reeglipäraselt enam ei rakendatud. Antrotoomia tehti edaspidi

ainult otoloogilise näidustuse puhul. 1953.—1957. a. tehti antrotoomia alla 1-aastastel lastel ainult 5 juhul.

Vaadeldes imikute suremust Tartus näeme, et toksikoosi sündroomiga haigetel esinevate otoantriitide kirurgiliselt ravimeetodilt üleminek enam konservatiivsele ravimeetodile ei põhjustanud imikute suremuse tõusu. Perioodil, millal kasutati sageli otoantriidi kirurgilist ravi (1948.—1950. a.), oli imikute suremus Tartus keskmiselt 7,0%. Hilisemal ajal, millal otoantriitide kirurgilist ravi kasutati harva (1953.—1957. a.), oli keskmine imikute suremus Tartu linnas aga ainult 2,1%, seega 3,5 korda madalam. Imikute madal suremus Tartu linnas lubab järeldada, et praegu kasutatava ravi üldsuum on olnud õige.

Peab veel märkima, et otiidi leidu lahangul ei tohi imikueas haiguse patogeneesi analüüsimisel retrospektiivselt üle hinnata. Sellist viga kipuvad tegema mõned pediaatrid, sest surmaga lõppenud juhtudel esineb otiit väga sageli ja lahanguleid ei anna alati kindlat vastust küsimusele, kas otiit oli primaarne või sekundaarne. Analüüsides Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas aastail 1953—1957 surnud imikute lahkamise andmeid, näeme järgmist: ligi pooltel oli keskkõrvapõletik, neist $\frac{2}{5}$ -l mädane. Arvesse võttes nii kliinilist kui ka lahanguleid, ei saanud patoloogilise seisundi kujunemisel enamikul neist otiiti pidada primaarseks, sest mujal elundites oli patoloogilis-anatoomiliselt ulatuslikumaid ja organismi elutähtsaid funktsioone kahjustavaid muutusi. Ainult kahel alla 3 kuu vanusel hüpotroofilisel lapsel (ühel sepsisega ja ühel soolepõletikuga haigel) võis kahtlustada otiiti sepsise resp. toksikoosi põhjusena. Lahanguleiu põhjal polnud aga siiski võimalik teha kindlat järeldust.

Keskkõrvapõletiku peamiseks patoloogilis-anatoomiliseks tunnuseks on katarraalse või mädase eksudaadi leidumine trummiõones. Väljakujunenud põletiku puhul täidab eksudaat kogu trummiõone. Kui keskkõrvas leidub ainult vähesel hulgal selget sisaldist, on makroskoopilisel vaatlusel raske anda otsust põletiku esinemise või puudumise kohta. Selline leid esineb suhteliselt sageli vastsündinutel.

Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuris leiti 1948.—1950. a. seede- ja toitehäirete tagajärjel surnud imikute lahkamisel eksudatiivset otiiti enteraaalse nakkuse rühmas 48%, parenteraalse nakkuse rühmas 26%. Parenteraalse nakkuse 107 lahangu juhul (1945.—1950. a.) leiti eksudatiivset (enamasti mädast) otiiti 29 korral. Nende hulgas oli ainult 4 juhtu, kus kliiniliste andmete alusel tuli otiit arvesse seede- ja toitehäirete põhjustajana. Need andmed on lähedased Biesalski (19) seisukohale, kelle arvates ainult $\frac{1}{10}$ mädase otiidi juhtudest põhjustab kõhulahtisust.

1958. a. tehti antrotoomia postmortaalselt 11 vastsündinul ja imikul, et selgitada otiidi diagnoosimise kriteeriume keskkõrva makroskoopilisel vaatlusel. 2 juhul leiti mädane otiit, mis diagnoositi ka juba elupuhuselt. Ülejäänutel leiti antrumi avamisel vähesel hulgal limast vedelikku. Kõikide antrotomeeritud laste ja mõnede teiste surnud imikute keskkõrvu uuriti histoloogiliselt, samuti töötati läbi nende juhtude haiguslood [U. Podar ja V. Sargava]. Selgus, et vähest sisaldist imikute, eriti aga vastsündinute trummiõones ei saa alati pidada otiidi tunnuseks. Tuginedes kliiniliste ja morfoloogiliste andmete kõrvutamisele võis järeldada, et negatiivse kliinilise ja otoskoopilise leiu puhul tuleb arvestada eksudaadi puudumist keskkõrvas, ning et seega puudub nendel juhtudel ka näidustus antrotoomiaks.

Nagu nähtub eeltoodud andmetest Tartu Kliinilise Lastehaigla ja prosektuuri lahangukohta, on otiidi osatähtsus imikute letaalselt lõppenud seede- ja toitehäirete patogeneesis väike.

Mõningate autorite poolt soovitatud paratsentees mädale väljapääsu võimaldamiseks võib arvesse tulla ainult siis, kui on tegemist tõelise mädapaisuga keskkõrvas. Sel juhul osutub paratsentees vajalikuks.

Tingituna anatoomilistest iseärasustest pole paratsenteesi tegemine imikuea otiitide puhul tavaliselt vajalik, kuna kuulmekile iseeneslik perforatsioon toimub võrdlemisi kiiresti, samuti soodustab lühike ja lai kuulmetõri mäda välja voolamist.

Proliferatiivse protsessi puhul keskkõrvas eksudaati ei leidu ja sel juhul tehtud paratsentees ei täida oma ülesannet ka siis, kui seda korduvalt rakendatakse. Otoloogiliselt mittepõhjendatud ja korduva paratsenteesiga võime soodustada infektsiooni levikut kõrva ning tekitada otiidi ka seal, kus seda varem ei esinenud.

Otoantriidi puhul on eeskätt vajalik kombineeritud antibakteriaalne ravi. Mädavoolu puhul tuleb sekreeti bakterioloogiliselt uurida ja määrata pisikute tundlikkus antibiootikumide suhtes. Mädaerituse puudumisel kõrvast saame kaudse kujutluse otiiti tekitavast mikrofloorast nina- ja neelusekreedi bakterioloogilise uurimise põhjal, sest otiidi tekitajateks on valdavas enamuses ninas ja neelus leiduvad pisikud, mis satuvad kuulmetõrve kaudu trummiõõnde. Ravi määratakse nendest andmetest lähtudes. Normotroofilistel imikutel allub mädane otoantriit tavaliselt hästi antibakteriaalsele ravile nagu teisedki limaskestade banaalsed põletikud. Hüpotroofiliste imikute puhul on vaja lisaks antibakteriaalsetele vahenditele rakendada ka organismi kaitsereaktsioone tugevdavat ravi (vereplasma ülekanded, gammaglobuliin, rohke C-vitamiini manustamine, valgu-, vitamiini- ja kaloriterikas toit), eriti siis, kui organismi üldreaktsioonid on väga jõuetud (kehatemperatuur, valgeverepildi andmed). Antibiootikumid toimivad hüpotroofilisse imikusse ainult tugeva üldravi puhul. Siinjuures tuleb silmas pidada ka antibiootikumide maskeeriva toime võimalust. Sellepärast peab antibiootikume manustama vajaliku intensiivsusega ja kestvalt. Koos imiku üldise immunoloogilise toonuse tõusuga paraneb tavaliselt ka otoantriit. Kui aga intensiivsele konservatiivsele ravile paranemist ei järgne, vaid lapse seisund halveneb, tuleb kõne alla antrotoomia. Opeerimise küsimuse otsustavad otoloog ja pediaater ühiselt, silmas pidades haige üldist seisundit, kliinilisi nähte, lokaalset leidu kõrvas, protsessi dünaamikat ja allumatust konservatiivsele ravile.

Liiga varane operatsioon ei ole näidustatud, sest enamik otoantriite paraneb konservatiivse raviga. Kui aga intensiivse kombineeritud antibakteriaalse ravi tagajärjel imiku seisund ei parane, või kui tekivad sekundaarsed toksikoosinähtud, tuleb kaalumisele võtta antrotoomia.

J ä r e l d u s e d

1. Imikueas esineb keskkõrvapõletik sageli, eriti koos düspeptiliste nähtude ja toksikoosiga. Sellejuures ei ole alati võimalik kindlaks teha nende omavahelist seost. Koos sellega tekivad raskused otoantriidi ratsionaalse ravi ordineerimisel ja antrotoomia kui kirurgilise ravimeetodi näidustuste määramisel.

2. Röntgeniülesvõtted *antrum mastoideum*'ist aitavad imikueas otoantriiti diagnoosida, sest koos kliinilise leiuga võimaldab see meetod põletikulist protsessi kindlaks teha. Korduvad röntgeniülesvõtted aitavad jälgida haigusprotsessi dünaamikat ning ravi efektiivsust.

3. Kliiniliselt tervete imikute röntgenogrammis võivad erineda parema ja vasaku *antrum mastoideum*'i kuju ja transpaarsus. See näitab, et lapsel võib üks kõrv teisest normaalselt morfoloogiliselt erineda.

4. Kuigi lahanguandmetel esines otiit imikueas sageli, siis oli see tavaliselt põhihaigusega kaasuvaks nähuks ja tuli toksikoosi põhjustajana arvesse ainult üksikjuhtudel.

5. Lahangul leiduvat vähest limast sisaldist imikute, eriti vastsündinute keskkõrvas ei saa histoloogiliste uurimiste alusel alati pidada otiidi tunnuseks.

6. Otoantriit paraneb tavaliselt hästi konservatiivse kombineeritud antibakteriaalse raviga. Hüpotroofiliste ja atroofiliste imikute puhul on vaja rakendada sellele lisaks organismi üldseisundit toniseerivat ja kaitse-reaktsioone tugevdavat ravi.

7. Paratsenteesi tuleb rakendada vastava näidustuse olemasolu korral, kui on vaja luua mädale väljapääsu trummiõonest. Korduva asjatu paratsenteesiga võime soodustada infektsiooni sattumist kõrva ja tekitada otiiti seal, kus seda varem ei olnud.

8. Otoantriidi kirurgiline ravi antrotoomia näol tuleb arvesse siis, kui intensiivse, küllaldase kestusega kombineeritud konservatiivse ravi tagajärjel imiku seisund ei parane, vaid hoopis halveneb, või kui tekivad sekundaarse toksikoosi nähud.

9. Antrotoomiavajadus tuleb otsustada otoloogil koos pediaatriga, silmas pidades haige üldseisundit, kliinilisi nähte, lokaalset leidu kõrvas, protsessi dünaamikat ja allumatust konservatiivsele ravile.

KIRJANDUS

1. Варшавский А. Б. Вестн. ото-рино-ларингологии 2, 1941, 46—50. — 2. Коломийченко А. И. Журн. ушн. и горл. болезней т. XVIII, 3, 1941, 164—170. — 3. Оноприенко Н. С. Диагностика и лечение отоанtritов у детей при расстройствах питания. Труды II съезда оториноларингологов УССР, Киев, 1950, 423—428. — 4. Спигалов Д. Д. и Рахлина С. М. Антропункция в диагностике анtritов у детей раннего возраста с расстройством питания. Труды II съезда оториноларингологов УССР, Киев, 1950, 429—432. — 5. Гинзбург В. Г. Техника и методика рентгенологического исследования уха. М., 1937. — 6. Шухат А. П. Новый метод рентгенографии височных костей у детей раннего возраста. В кн. «Вопросы педиатрии». М., 1951, 239—242. — 7. Клушина Т. И. Педиатрия. 1939. — 8. Гингольд А. З. Вестн. рентгенол. и радиол. 4, 1952, 30—35. — 9. Варес А. М. и Монгустова Р. С. Педиатрия 3, 1959, 45—50. — 10. Розенблат Н. С. и Рахмель Э. А. Вестн. ото-рино-ларингологии 6, 1946, 45—53. — 11. Соломонов Е. В. Вестн. ото-рино-ларингологии 3, 1947, 48—54. — 12. Агроскин С. И. Вестн. ото-рино-ларингологии 4, 1946, 30—35. — 13. Сандлер Р. Я. Вестн. ото-рино-ларингологии I, 1948, 42—45. — 14. Березовская А. М. и Кравецкая С. М. Вестн. ото-рино-ларингологии I, 1951, 78—79. — 15. Зарицкий Л. А. и Лещенский Я. Л. Вестн. ото-рино-ларингологии 3, 1952, 91—92. — 16. Лихачева А. Г. Вестн. ото-рино-ларингологии 5, 1946, 8—22. — 17. Шербатов И. И. Вестн. ото-рино-ларингологии 4, 1949, 25—32. — 18. Зберовская Н. В. и Яковлева И. Я. Вестн. ото-рино-ларингологии 4, 1956, 52—55. — 19. Bie-salski, P. Die akute und chronische Mittelohrentzündung im Säuglings- und Kindesalter. Stuttgart, 1957.

О проблеме отоанtritов у детей грудного возраста

Г. Арро, Л. Керес, У. Подар, Э. Сийрде и В. Сяргав

Резюме

У детей грудного возраста часто встречается воспаление среднего уха. Это заболевание нередко совпадает с диспептическими явлениями и токсическим синдромом, причем не всегда имеется возможность определить, какова их взаимосвязь. Большое значение имеет своевременный диагноз отоанtritа и применение рационального лечения. При этом возникают затруднения при определении показаний к хирургическому лечению (антотомия).

В диагностике отоанtritов у грудных детей вспомогательным способом являются рентгенограммы пещеры сосцевидного отростка, что одновременно с соответствующей клинической картиной позволяет определить воспалительный процесс и следить за его динамикой. Следует, однако, иметь в виду, что в рентгенограмме клинически здоровых грудных детей могут быть различия в форме и транспарентности правой и левой пещер сосцевидного отростка, что указывает на индивидуальные морфологические особенности одного и другого уха.

Гистологические исследования показывают, что незначительное содержимое в барабанной полости ушей грудных детей и особенно у новорожденных нельзя всегда считать признаком отита.

Обычно отоантрит хорошо поправляется при комбинированном антибактериальном лечении. В отношении гипо- и атрофических грудных детей нужно дополнительно применять еще лечение, тонизирующее общее состояние организма и укрепляющее защитные реакции.

К парацентезу следует прибегать при наличии соответствующих показаний, при потребности создания условий для оттока гноя из барабанной полости. Напрасными повторными парацентезами можно способствовать распространению инфекции в ухе и вызвать этим возникновение отита там, где его раньше не было.

К хирургическому лечению отоантрита при помощи антротомии следует прибегать лишь тогда, когда, несмотря на интенсивное комбинированное консервативное лечение достаточной продолжительности, состояние грудного ребенка не улучшается или если возникают явления токсикоза. Решение о применении антротомии выносится отоларингологом и педиатром совместно, учитывая общее состояние больного, клинические явления, объективную картину уха, динамику процесса и нереагирование на консервативное лечение.

Jämesoole limaskestast reljeefi uurimismetoodikast

N. Sachris

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg)

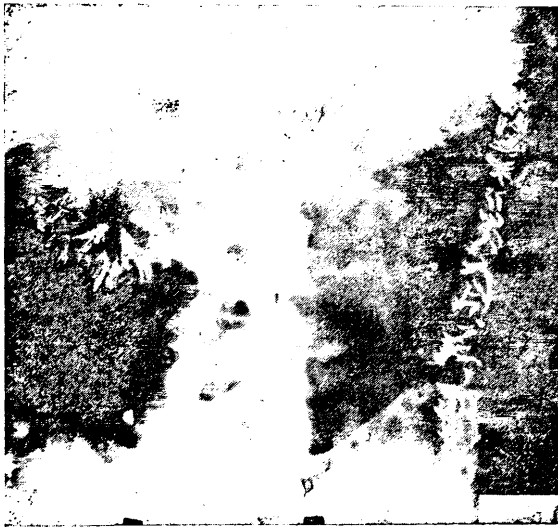
Jämesoole röntgenoloogiliseks uurimiseks on röntgenoloogil kasutada kaks uurimisviisi: ühelt poolt kontrastaine peroraalne manustamine, teiselt poolt peranaalne irrigoskoopia.

Peroraalne uurimisviis, mis on oma olemuselt füsioloogiline, võimaldab saada kujutlust soolesisu edasilükkumisest. Kuid vaatamata oma eeliste funktsionaalse diagnostika mõttes, on säärasel uurimisviisil rida suuri puudusi, mis ei luba seda kasutada tuumori varajaseks diagnoosimiseks ega koliitide hindamiseks. Kontrastaine peroraalse manustamisega võime sedastada tuumoreid, mis on arenenud juba nii kaugele, et tõkestavad passaaži. Teisest küljest võivad aga rooja- ja gaasikogumitest moodustatud miinusvarjud soolevalendikus simuleerida orgaanilisi haiguslikke muutusi. Irrigoskoopial neid negatiivseid külgi ei esine. Kuid ka irrigoskoopia ei rahulda meid enam niisugusena, nagu seda seni kasutanud oleme. Tavaliselt täidetakse jämesool kuni *caecum*'ini. Tihti esineb ka ületäitmine, mille tagajärjel täituvad ka peensoole terminaalised lüngad. Edasi uuritakse siis jämesoole seinakontuure, märgitakse ära haustratsiooni iseloom, soole dislokseeritavus, asend ja sellega praktiliselt uuring piirdubki. Tuumoridiagnostika seisukohalt oleme, võrreldes peroraalse manustamisviisiga, ainult niipalju soodsamas olukorras, et meid ei sega soolesisaldised, sedastatav tuumor ise peab aga olema küllalt suur, et seda tabada passaažitakistusena või miinusvarjuna sooleluumenis.

Sellise jämesoole uurimise metoodikaga oleme niisugusel arenguastmel, nagu maos diagnostikas oldi umbes 35 a. tagasi. Kui praegu ükski röntgenoloog ei jäta uurimata maos limaskestast, siis jämesoole uurimise puhul ei ole see kaugeltki nii. Põhjused on siin arusaadavad, sest jämesoole limaskestast reljeefi väljatoomine nõuab abivõtteid ja limaskestast farmakoloogilist mõjustamist. Jämesoole limaskestast on uuritav ainult röntgenogrammidel pärast jämesoole tühjendamist Ba-suspensioonist. Tavaliselt see õnnestub suuri vaevu, kuna soole seinale jääb rohkesti kontrastainet (peristoolse jõu toimele) ja enamasti saame selle järgi limaskestajoonise röntgenogrammidele ainult fragmentidena, sest kohati on sool tühjenenud täielikult, kohati veel täitunud liigselt. Meie sooviks on aga, et kontrastaine pärast tühjendamist peetuks limaskestast kurdudes, mis võimaldaks saada katkestamatu, kontinueetse pildi limaskestast, *caecum*'ist kuni *sigma* rektaalse osani. Sellest aspektist on ilmunud viimasel ajal rida töid, mis seavad oma ülesandeks ühelt poolt hea ülevaate saamise limaskestast

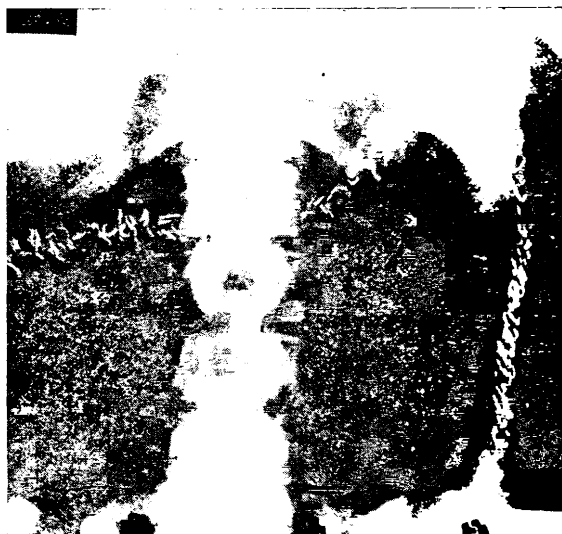


Joon. 1. Jämesoole limaskesta normaalne reljeef



Joon. 2. Jämesoole limaskesta normaalne reljeef.

TAHVEL VI



Joon. 3. Sigmoidiit. Limakatu tõttu paigutub kontrastaine fragmentaarselt, kontinuiteetne reljeefjoonis puudub.



Joon. 4. *Flexura coli hepatica* piirkond algava kontrastaine evakuatsiooni faasis.

joonisest, teiselt poolt aga jämesoole motiliteedist, kuna tavaliselt näeme jämesoolt täielikus rahuolekus. Tegelikult sammuavad need kaks suunda käsikäes, kuna kutsudes esile jämesoole motoorika ja limaskesta iritatsiooni, saame hea tühjenemise ja limaskesta kurdudevahelise täitumise kontrastainega, mis ongi reljeefi kujutise saamise eeltingimusteks.

Juba kolmekümnendatel aastatel püüti olukorda parandada hüpofüsiini ja prostigmiini manustamise abil, mis suurendasid jämesoole motoorikat. Seda meetodit ei kasutatud kuigi laialdaselt.

1950. a. ilmusid esimesed tööd limaskesta röntgenogrammide saamise kohta Ba-suspensioonile tanniini lisamise abil (Christie, Fred, Hampton, Nygat jt.) 1952. a. ilmus esimene töö Schlegel'ilt (2), mis käsitleb kontaktlahtistite lisamist kontrastainele. Schlegel viib oma katsed läbi dioksüfenüülisatiiniga ja dioksüdifenüülpüridüülmetaaniga. Hiljem on avaldanud rida autoreid oma tähelepanekuid kontaktlahtistite rakendamise kohta jämesoole röntgendiagnostikas [Th. Stolze (3,4), H. Otto (5), J. Kagan ja F. Astrahhantsev (1) jt.]. Rida firmasid laseb välja mitmesuguste nimede all baariumsulfaati, millele on sobiv annus kontaktlahtistit juurde lisatud (siin erilist individuaalset doseerimist pole vaja, kuna nimetatud ained ei resorbeeru ega ole toksilised), nagu näiteks *Colotrast*, *Clysodrast*, *Ferrosan* Malmö. Muuseas on leidnud kontaktlahtistid kasutamist ka geriaatrias seniilsete obstpatsioonide raviks.

Clysodrast oli 1957. aastal Vene NFSV Tervishoiu Ministeeriumi Röntgenoloogia ja Radioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis aprobsatsioonil, kus nimetatud ainega töötasid Astrahhantsev ja Kagan (1). *Clysodrast* on kombineeritud preparaat, mis koosneb tanniinist ja kontaktlahtistist. Nimetatud autorid asusid selle preparaadi suhtes eitavale seisukohale, sest *Clysodrast* kutsus esile jämesoole liiga tugeva motoorika, mis oli uuritavaile valulik. Seetõttu asusid Astrahhantsev ja Kagan seisukohale, et tanniinist üksi piisab limaskesta reljeefi väljatoomiseks röntgenogrammil, pidades tarvilikuks uurimismeetodit kombineerida 1922. a. avaldatud Fischer'i «kaksikkontrastimisega», mille puhul jämesoole seinakontuure uuritakse nii Ba-suspensiooni kui ka õhu foonil.

Limaskesta reljeefi täpsustatud uurimine võimaldab saada ülevaadet polüüptide esinemise kohta jämesooles. Polüübid on aga nimetatud piirkonnas tavalisemaks prekantseroosivormiks. Kooloni polüüptide avastamisel osutab suurt abi rektoromanoskoopia: Bockus'e (6) järgi lokaliseerub 70% polüüpidest rektoromanoskoobi ulatuspiirkonda.

On kindlaks tehtud, et tihti võib samaaegselt leida vähemal arvul polüüpe ka kooloni kõrgemates osades. Arvestades asjaolu, et massiliste uuringutega on 25%-l polüüpidest kindlaks tehtud malignisatsiooni tunnuseid (7), tuleb rektoskoopilise polüübileiu puhul pidada tarvilikuks ka irrigoskoopiat.

Tavalist Fischer'i kaksikkontrastmeetodit (ilma adstringeerivate ainete lisamiseta) kasutades on Stevenson (8) leidnud, et 0,4%-l jämesoole patoloogiale vihjavatest kliiniliste sümptoomideta isikutest esines kooloni polüüpe. Seevastu patsientidel, kellel kliiniliselt kahtlustati jämesoole polüüpe (veritsus jämesoolest, proktoskoobiline polüübileid, anamneesis varem sedastatud rektumi polüübid), leidis sama autor 5%-l irrigoskoopeerituid polüüpe. Stevenson'i arvates võib 12—14%-l uuritavaist vanusega üle 40 aasta leida vähemalt ühe kooloni polüübi.

Meie oleme kliinikus jämesoole limaskesta reljeefi uurimiseks kasutanud täiendatud uurimismeetodit ühe aasta vältel. Peame otstarbekaks kasutada uurimiseks 1 l Ba-suspensiooni (400 g Ba-sulfaati), millele lisatakse 10 g *acid. tannicum*'i, mis enne lahustatakse mõnekümnes ml sooja vees. Jämesool täidetakse kuni *flexura coli hepatica*'ni ja siis lõpetatakse kontrastaine irrigatsioon. *Caecum* täitub pärast vähest ootamist, sest tanniini toniseeriv toime soolelihastes ilmneb 3—5 minuti järel. Selle mee-

todiga võib uurida ka jämesoole funktsionaalset olukorda ning koliite. Juhul, kui me *caecum*'i täidame irrigatsiooni teel, täituvad peaaegu alati ka peensoole lingud, mis defekatsiooni puhul enam ei tühjene ja võivad segada limaskestalt reljeefi interpreteerimist röntgenogrammidega.

Edasi uurime, nagu tavaliselt, jämesoole kontuure, dislotseeritavust jne. Pärast seda oleme ekraani kontrolli all jämesoolde pumbanud õhku, kasutades T-toru abil irrigatsioonivoolikuga ühendatud ballooni. Õhku pumpame seni, kuni sedastame *caecum*'i algavat õhuga täitumist. Õhu toimel omandavad tihti tavalise läbimõõdu mõnikord *flexura coli lienalis*'e piirkonnas leiduvad funktsionaalsed ahendid, samuti on seina sisekontuurid nüüd gaasi ja Ba-suspensiooni foonil hästi uuritavad. Oleme ka tähele pannud, et patsientidel, kelle jämesoolde on eelnevalt viidud õhku, tühjeneb sool defekatsiooni puhul paremini kui juhtudel, kus jämesoolt õhuga ei täidetud. Pärast defekatsiooni kontrollime soolt ekraani all. Hea röntgenogrammi saamiseks ei tohi kontrastaine sooles enam üldse sedastatav olla.

Tanniini toimel on jämesoole limaskest kokku tõmbunud, kusjuures voitide vahel leidub küllaldaselt kontrastainet, et anda ülevaadet soole limaskestalt reljeefist. Saadud pilt annab meile kujutluse nn. «irriteeritud limaskestast», kuid see ei takista diagnostiliste järelduste tegemist nii tuumorite kui ka koliidi suhtes. Viimase puhul on iseloomustavaks kontrastaine katkendlik ja hõre paiknevus, mis on tingitud sooleseinte limast.

Polüpoossete muutuste uurimiseks oleme pärast defekatsiooni jämesoolde uuesti õhku pumbanud. Gaasi foonil võib sedastada õige väikesi limaskestavohandeid.

Tanniini toimel võib täheldada *caecum*'i, *colon ascendens*'i ja *colon transversum*'i oraaalses osas elavnenud väikesi pendelliikumisi. Suurt pendelliikumist, mida kontaktlahtistid põhjustavad juba mõni minut pärast aplitseerimist, ei olnud võimalik kõikidel juhtudel sedastada.

Ebaõnnestumisi katkestamata reljeefjoni saamisel esineb raukadel. See on tingitud jämesoole hüpotooniast.

Viimasel ajal on ilmunud töid, mis käsitlevad kooloni uurimist kõvakiirtetehnikas, kusjuures autorite uurimisobjektideks on jällegi polüübid. Uurimisel kasutatakse 125-kilovoldilist pinget ja ülesvõtted tehakse kas lihtvõtetena (7) või spetsiaalse suure läbimõõduga kompressortuubuse abil (9). Viimane meetod võimaldab Figiel'i andmeil sedastada isegi 2-millimeetrise läbimõõduga polüüpe. Meetod on üsna lihtne. Oleme kätsetanud Wietersen'i poolt soovitatud meetodikat rakendada 110-kilovoldilise torupinge juures, kuid jõudsime otsusele, et viimane on polüübi poolt tekitatud varjudefekti väljatoomiseks soolt täitva Ba-suspensiooni foonil siiski liiga madal.

Irrigoskoopiaks ettevalmistamisel ei pea me soovitavaks hommikust klistiiritegemist, sest siis jääb tavaliselt jämesoolde liigset vedelikku, mis segab edasist uurimist. Kui võimalik, siis laseme patsientidel hommikul enne irrigoskoopiat kõndida või istuda, mis vähendab gaasisisaldust sooles.

KIRJANDUS

1. Каган Е. М., Астраханцев Ф. А. Вестн. рентгенол и радиол. 2, 1958, стр. 19. —
2. Schlegel, B. Klin. Wochenschr. 32, 1954. — 3. Stolze, Th. Z. ges. innere Med. 11, 1956, lk. 33. — 4. Stolze, Th. Sealsamas, 11, 1956, lk. 809. — 5. Otto, H. Z. ärztl. Fortbildung, 52, 1958, lk. 188. — 6. Stevenson, C. A. Amer. J. Roentgenol. 71, 1954, lk. 385. — 7. Wietersen, F. K. Amer. Roentgenol. 77, 1957, lk. 690. — 8. Stevenson, C. A., McClure Wilson, Amer. J. Roentgenol. 71, 1954, lk. 398. — 9. Figiel, S. J. Figiel, L. S., Rush, D. K. J. Amer. Med. Assoc. 166, 1958; lk. 1269

О методике исследования рельефа слизистой толстой кишки

Н. Сахрис

Резюме

Обычная ирригоскопия является недостаточным методом обследования для ранней диагностики опухолей толстой кишки.

Добавление танина к применяемой при ирригоскопии бариевой суспензии позволяет проследить весь рельеф слизистой толстой кишки, так как после очистительной клизмы в сократившихся складках слизистой остается достаточное количество контрастного вещества, чтобы на рентгенограмме выделилась структура слизистой оболочки кишки.

Рентгенограмма слизистой толстой кишки является незаменимой при определении небольших опухолей и полипов, особенно, если применяются дополнительные методы контрастирования, например, введение в толстую кишку газа, на фоне которого можно определить небольшие разрастания на слизистой.

Добавление танина к контрастному веществу не мешает функциональной диагностике, так как при нормальной толстой кишке он не вызывает ни спазмов, ни ускорения моторики кишки. Тем не менее, можно наблюдать оживление перистальтики кишки при её ирритативном состоянии. Кроме того, в начальный период исследования в течение нескольких минут можно наблюдать толстую кишку в условиях, соответствующих ирригоскопии без добавления танина.

Поскольку предложенный метод прост и неопасен, можно рекомендовать применение его во всех случаях, когда имеется подозрение на опухоль.

KAASAEGSE ANESTESIOLOOGIA PROBLEEME

A. Kivik

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja professor arstiteaduse doktor A. Linkberg)

Kaasaegse kirurgia teooriat ja praktikat iseloomustab senisest ulatuslikum keskendumine haige organismi üldseisundi küsimustesse. Organismi füsioloogilised ja patofüsioloogilised protsessid mitmesuguste elundisüsteemide talitluses ja koostöös ning nende protsesside kliinilised avaldused leiavad üha enam käsitlemist tänapäeva kirurgias. Sellise funktsionaalse käsitluse juurdumine kirurgiliste haiguste ravimisel on teaduse ja tehnika edusammude ning teoreetiliste distsipliinide (biokeemia, füsioloogia, patoloogiline füsioloogia, farmakoloogia) arengu seadusepäraseks tagajärjeks ning eelduseks organismi üldseisundi adekvaatsel jälgimisel, mõistmisel ja hindamisel. Üle poole sajandi kestnud vaevarikkeid ja sageli traagiliselt lõppenud otsinguid rindkereorganite (kopsu, südame ja magistraalsete veresoonte) haiguste kirurgilisel ravimisel [Muravjov ja Harhardina (1)], kroonis pärast Teist maailmasõda lõpuks edu vaid tänu meetodite ja vahendite rakendamisele, mis tagasid haigele senisest parema üldseisundi raske kirurgilise operatsiooni tingimustes. Rindkereelundite kirurgilise ravi edusammud baseeruvad eeskätt uutel anestesioloogiameetoditel, mis võimaldavad efektiivselt võidelda ähvardava pleuro-pulmonaalse šokiga, lahtisest pneumotooraksist tingitud välise hingamise puudulikkusega ja esinevate hemodünaamika raskete häiretega südamel ja suurtel veresoontel manipuleerimisel, mis varem paratamatult viisid organismi kudede ainevahetuse (eeskätt kesknärvisüsteemi metabolismi) raskesse, sageli möödumatusse hüpoksiaseisundisse. Toraalkirurgia edu ägedate üldiste patofüsioloogiliste protsesside profülaktikas ja ravis (šokk, äge südame ja vereringe puudulikkus, välise hin-

gamise häired jne.), mis võivad esineda mistahes kirurgilise operatsiooni kui trauma tingimustes, sundis põhjalikult ümber hindama kogu senikasutatud haige operatsiooniaegse üldseisundi käsitust, eeskätt inhalatsioonnarkoosi meetodeid ja vahendeid anesteesiaõpetuses. Schimmelbuschi narkoosimaski ja eetripudelit käsitsev öde-narkotisaator, kelle aastakümneid kestnud tänuväärt tegevust juhtis ainult suurem või väiksem praktiline kogemus koos sageli lihtsustatud arusaamisega narkoosi olemusest, asendus arstiga-anestesioloogiga, kes, üldistades teoreetilise ja kliinilise meditsiini saavutusi ning kasutades kaasaja tehnilisi vahendeid, lõi senisest piiratud võimalustega ning ühekülgse teooriaga anestesioloogiast uue teadusliku distsipliini. Tänapäeva anestesioloogia ülesanded ei piirdu ainult valusündroomi likvideerimisega operatsiooni ajal ja ülesandega hoida haiget kirurgilise narkoosi seisundis, vaid anestesioloogia tegevusraadiusse kuuluvad kõik haige üldseisundisse puutuvad küsimused operatsiooni eel, operatsiooni ajal ja operatsioonijärgsel perioodil.

Anestesioloog, kes esimest ja viimast korda näeb haiget operatsioonilaua vahetult enne narkoosi algust ja pärast narkoosi lõppu, rakendades seejuures arusaadavalt trafaretset individualiseerimata premedikatsiooni ei suuda eksaktselt orienteeruda anesteesia meetodi valikus ning juhtida narkoosijärgset perioodi, võib — vaatamata kui tahes virtuoslikule tegevusele narkoosi läbiviimisel — seista lõpuks fakti ees, et tema osa haige kirurgilisel ravimisel on kas vähene, puudub üldse või on koguni negatiivne. Et maksimaalselt rakendada kaasaegse anestesioloogia saavutusi, peab arst-anestesioloog kui spetsialist haige üldseisundi küsimustes, tihedas koostöös kirurgiga võtma osa haige kirurgilise ravi kõigist etappidest. Ainult siis täidab anestesioloog oma ülesande terviklikult, täiendades otstarbekalt kaasaegse kirurgia ravisüsteemi ning luues kirurgile optimaalsed tingimused kontsentreerumiseks spetsiaalse patoloogia, diagnostika, operatsioonitehnika ja järelravi küsimustes [Smolnikov (2), Petrovski (3), Loennecken, Frey (22), Nüesch, Hügin (23), Meyer, Scholze (24), Frey (25)]. On aga selge, et oskuslik orienteerumine haige üldseisundi küsimustes, s. o. oskus konkreetsetelt uurida ning anestesioloogia aspektist kliiniliselt hinnata haige psüühilist ja emotsionaalset talitlust (kõrgema närvitalitluse seisundit), vegetatiivse neuroregulatsiooni ja endokriinse süsteemi talitlust, hingamiselsundite ja kardiovaskulaarse süsteemi funktsionaalset seisundit ja kompensatsioonivõimet, ainevahetuse seisundit jne. nõuab laialdasi teoreetilisi teadmisi ning eelkõige suuri kliinilisi kogemusi. Viimatimainitust tulenevad aga kaasaegse anestesioloogia kõik peamised, n. ö. «kasvu- ja arenguraskused», mis esinevad ka suurtes anestesioloogiakeskustes [Griffith (26)].

Käesoleval NSV Liidu rahvamajanduse arendamise seitseaastakul näeb kirurgia edasise arenemise programm ette anestesioloogiasteenistuse taseme ulatuslikku tõstmist, rakendades selleks kõiki juhtivaid tervishoiu- ja teaduslikke asutusi (8, 9).

Käesoleva artikli raames püüaksime konkreetset peatuda kaasaegse anestesioloogia mõnel küsimusel.

Operatsiooni eel on anestesioloogi obligatoorseks ülesandeks tutvumine haigega ja haiguslooga, et välja selgitada anestesioloogia seisukohalt olulised organismi talitluse iseärasused ja patoloogia [Smolnikov (2), Just (22), Nüesch, Hügin (23), Kuprijanov ja kaastöölised (6)].

Hinnates haige üldseisundit, haiguse iseloomu ja operatsiooni raskust määrab anestesioloog koos kirurgiga anesteesia meetodi eelseisvaks operatsiooniks. Anestesioloogia kahe põhimeetodi — lokaalanesteesia ja üldnarkoosi kohta peab märkima, et kaasaja üldtunnustatud seisukoha järgi (5) on lokaalanesteerial kindel koht tänapäeva kirurgias. Meetod ei nõua keerukat aparatuuri ja abipersonali ning, olles kättesaadav kõikidele kirurgidele, on edukalt rakendatav mitte-elutähtsate organite operatiiv-

sel ravimisel haigete hea üldseisundi puhul, kus operatsiooni käigus ei ole oodata erilisi patofüsioloogilisi nihkeid [Žorov (7)]. Ka kõigil juhtudel, kus anesthesioloogide puudumine või vilumatus teeb küsitavaks üldnarkoosi uute meetodite efektiivsuse raske operatsiooni puhul ning kus kirurg eksaktselt valdab lokaalanesteesia tehnikat, on lokaalanesteesia näidustatud [Žorov (7)]. Torakaalkirurgias kombineerivad viimasel ajal aga ka radikaalsed lokaalanesteesia pooldajad lokaalanesteesiat neuropleegiliste vahenditega [Strutškov, Dolina (8), Kerenyi (28)], või üldnarkootikumidega, nagu tsüklopropaan [Carpinisan, Dumitrescu (29)]. Nende meetodite efektiivne areng on aga küsitav [Kuprijanov ja kaastöölised (6)]. Suure operatsiooniriisiko puhul, kus haige üldseisundit ähvardab välise hingamise häiretest sugenev hüpokseemia, hüperkapnia ja respiratoorne atsidoos, koos viimasest lähtuva või iseseisvalt areneva südame ning vereringe puudulikkusega, operatsiooniõhki ohu puhul jne. ei kindlusta lokaalanesteesia tingimused nende seisundite edukat profülaktikat ja ravi. Ainult oskuslik anesthesioloogia moodsate meetodite ja vahendite rakendamine (premedikatsioon neuropleegiliste ja ganglioni blokeerivate vahenditega, intubatsioonnarkoos kas iseseisvalt või kombineerituna lihasrelaksantidega, kunstlik hibernatsioon, kunstlik hüpotermia, kunstlik hüpotoonia), mis organismi üldseisundi pideval jälgimisel võimaldavad teatud piirides juhtida organismi põhifunktsioone, kindlustab raskete operatsioonide puhul edu (2—7, 22). Meie arvates on aga alati õige jälgida põhimõtet, et indikatsioonidele vaatamata rakendatagu anesteesiameetodeid, mille kasutamiseks on olemas head tehnilised vahendid ja küllaldane kliiniline kogemus. Iga teoreetiliselt kuitahes põhjendatud ja vilunud kätes efektiivne meetod võib praktiliste kogemuste puudumisel olla tulutu või isegi kahjulik ning seda eriti anesthesioloogias, kus kiire ja teadlik tegutsemine on sageli määrava tähtsusega. Anesthesiologiameetodeid saab omandada suurtes ja kogemustega anesthesiologiakeskustes, mitte aga «omal käel» operatsioonilaua eksperimenterides, mis — vaatamata kuitahes suurtele teoreetilistele teadmistele — võib lõppeda haigele saatuslikult.

Anesteesiameetodi valikule ning sellele vastava premedikatsiooni rakendamisele järgneb narkoos kui kõige otsustavam etapp anesthesioloogi tegevuses. Narkotiseerimisel on kaasajal aktuaalseks küsimuseks narkoosi sügavuse, s. o. kesknärvisüsteemi funktsioonide narkootilise pidurduse ulatuse probleem. Narkoosi sügavuse kliinilisel määramisel kasutatakse üldtunnustatud senisest täpsemat narkoosistaadiumide klassifikatsiooni Guedel'i järgi [Hügin (22), Mešalkin (2), Žorov (7)], mille valdamine ja täpne kliiniline käsitlus on anesthesioloogi «aabitaks». Peatamata Guedel'i klassifikatsioonil tuleb märkida, et kuigi see klassifikatsioon kogu oma stadiaalsusega esineb täielikult vaid tavalise eeternarkoosi puhul, on see aluseks kõigi teiste narkoosimeetodite puhul. Seejärel peab iga anesthesioloog hästi tundma ka lihtsat eetermasknarkoosi.

Selgub, et kirurgilise narkoosi saavutamine täieliku lihasrelaksatsiooni ja mootorsete ning suuremas enamuses ka vistsero-vistseraalsete reflekside puudumisega (III₃ staadium Guedel'i järgi) nõuab eetri suurt kontsentratsiooni veres (140—180 mg %), mis põhjustab hingamiskeskuse pidurdumist ning sügavaid muutusi organismi ainevahetuses, mille üheks väljenduseks on atsidoos (7). Atsidoos on Bolkovitnova (9) andmetel ka selle tuntud fakti põhjuseks, et pärast eeternarkoosi esineb neerupäskemiste kahjustuse tagajärjel väga sageli lühemat või pikemat aega kestev albuminuuria ja silinderuuria. Moodsad anesteesiameetodid püüavad lisavahenditega saavutada sügavale narkoosile sarnanevat seisundit narkoosi pindmises staadiumis, eetri kontsentratsiooniga veres 40—100 mg %. Kõige suuremat edu selles suunas on saavutatud kuraare ja kuraaretaoliste preparaattidega. Kuraareprobleemi erakordse tähtsuse tõttu anesthesio-

loogias, ning mitte nõustudes (27) väitega «... ilmnes, et pärast relaksantide toime vaibumist esimestel tundidel pärast operatsiooni kordus relaksatsioon uuesti»(!), lubame endale mõned konkreetsete märkused nendes küsimustes.

Kuraare ja kuraaretaolise toimega preparaadid on müoneuraalse sünapsi mürgid, mis tekitavad reversiibelse vöötlihaskonna lõõgastuse ehk relaksatsiooni, mistõttu neid üldiselt nimetatakse lihasrelaksantideks [Klose ja Wittig (30)]. Närvierutuse ülekande on kaasajal tunnustatud keemiline membraanteooria, mille järgi närvierutus vabastab müoneuraalsel lõpp-plaadil teatud kvandi atsetüülkoliini, mis tekitab sünapsi bioloogilistel membraanidel depolarisatsiooni, s. o. bioloogiliste membraanide läbitavuse järsu suurenemise erinevatele katioonidele kui raku elektromotoorse jõu kandjatele (ekstratsellulaarne Na^+ ja Ca^{++} ning intratsellulaarne K^+). Ioonide kiirel vastassuunalisel liikumisel läbi membraani tekib diferents nende kontsentratsioonide tasakaalus membraani mõlemal poolel (kuna K^+ liikumine läbi membraani väljapoole on märgatavalt aeglasem kui Na^+ tungimine rakku), mis on aluseks tugevus- ehk aktsioonvoolu negatiivse potentsiaali tekkele koos samaaegse raku erutusega *resp.* lihaskontraktsiooniga. Atsetüülkoliini inaktiviseerumisel taastub (polariseerub) fermendi koliinesteraasi toimele ionkontsentratsiooni tasakaal mõlemal pool bioloogilist membraani ja erutus seisund lakkab, taastub koe positiivne rahupotentsiaal [Nachmanson (31), Muralt (32), Heilbrunn (33), Niederer (34), Klose ja Wittig (30), Frey (22)]. Äsjaesitatud kõige üldisema skeemi kohaselt seletub müoneuraalse ülekande kuraareblokk järgmiste põhimehhanismidega.

1. Antidepolarisatsiooniblokk e. repolarisatsiooniblokk (22), e. kompetitiivne blokk (34), mida tekitavad pikaajase toimega nn. pahhükuraare [Hesse (35)] preparaadid, sealhulgas ka meil kasutatav diplatsiin. Need ained blokeerivad atsetüülkoliini toime retseptoorse mehhanismi ning, avaldamata ise depolariseerivat toimet, konkureerivad atsetüülkoliiniga müoneuraalse sünapsi koliinoreaktiivses süsteemis. Selle tulemusena katkeb närvierutuse ülekanne kuni atsetüülkoliini kontsentratsiooni pideval suurenemisel või relaksandi kontsentratsiooni vähenemisel taastub normaalne depolarisatsioonimehhanism.

2. Depolarisatsiooniblokk, kuhu kuuluvad lühiaegse toimega nn. leptokuraare (35) ehk dekametooniumgrupi (22) preparaadid, sealhulgas meil kasutatav ditiliin. Need ained on atsetüülkoliinile väga sarnase molekulistruktuuriga ja depolariseerivad müoneuraalse sünapsi, tekitades närvi üksikimpulsile sarnanevalt lihase erutus seisundi (kliiniliselt avaldub see lihaste initsiaal fibrillatsioonis peale ditiliini süstimist). Preparaatide struktuur erineb aga sedavõrd atsetüülkoliinist, et ferment koliinesteraas hüdrolüüsib neid väga aeglaselt, s. o. millisekundi murdosade asemel minutite jooksul. Vastavalt püsib ka depolarisatsioon mitu minutit. Sisuliselt tohutult pikenenud sünapsi refraktaarperiood ongi seega müoneuraalseks blokiks ja avaldub lihasrelaksatsioonina [Frey (22)].

Sellest farmakodünaamilisest mehhanismist tuleneb, et koliinesteraasi aktiivsust pärssivad ained, nagu proseriin ja teised, on antidoodiks repolariseerivatele relaksantidele (diplatsiin) ja sünergistiks depolariseerivatele relaksantidele (ditiliin). Samuti on ditiliin ja diplatsiin omavahel antagonistliku toimega.

Relaksantide kasutamine suurendab anestesioloogi vastutust anesteerimisel seetõttu, et relaksanti süstides võib ta sihipäraselt katkestada haige ühe elutähtsa funktsiooni, s. o. aktiivse hingamise. Seejuures viiakse gaasidevahetus kopsudes kunstliku hingamise seisundisse. On arusaadav, et relaksantide kasutamine eeldab optimaalse kunstliku hingamise tegemist intubatsioonnarkoosi kui kõige efektiivsemat välist hingamist tagava meetodi järgi. Kopsude ventileerimine hapnikku sisaldava gaaside seguga

toimub sellisel juhul kopsudesisese rõhu pideva tõstmise ja langetamise abil normaalse hingamise rütmis. Relaksandid täidavad oma funktsiooni vaid efektiivsel kunstlikul kopsude ventileerimisel, võimaldades heades vöötlihaskõõgastuse ja blokeeritud mootorika tingimustes (seisund, mis iseloomustab sügavat narkoosi) opereerida narkoosi pindmises staadiumis, mis kahjustab haiget vähem. Hea eduga kasutatakse mainitud tingimustes ka suuremate operatsioonide puhul suhteliselt kõige ohutumaid gaas-narkootikume [Žorov (7), Kuprijanov jt. (6), Grigorjev ja Anitškov (10), Mešalkin (2), Frey (23), Antelava (11), Lomtadidze (12)] ja tiobarbituraate intravenoosse narkoosi puhul [Sidorov, Briskin (13), Oehmig (36), Keériszanto (37), Ohling, Mündner (38) jt.], mille tavalist rakendamist takistab, vaatamata operatsiooniks küllaldasele kesknärvisüsteemi pidurduse astmele, puudulik lihasrelaksatsioon. Torakaalkirurgias lihasrelaksantide abil teostatav juhitud hingamine võimaldab edukalt võidelda paradoksaalse hingamise, kahepoolse pneumotooraksi ja hingamiskeskuse reflektorse pidurduse raskete tagajärgedega [Grigorjev ja Anitškov (10)]. Relaksantide otstarbeka kliinilise kasutamise puhul kirjeldatakse vähe komplikatsioone. Siiski tuleb aga arvestada nende võimalikku esinemist. Üheks komplikatsiooniks on juba eespoolmainitud rekurareseerimine, kus kuraare kasutamisel pärast spontaanse hingamise taastumist tekib uus tugev lihasrelaksatsioon ootamatult koos hingamistalitluse lakkamisega. Peab teadma, et niisugune komplikatsioon esineb eranditult repolariseerivate relaksantide puhul (diplatsiin jt.) ebaotstarbekal antidootide kasutamisel. Täieliku lihasrelaksatsiooni tingimustes vähendab proseriini süstimine koliinesteraasi aktiivsust ja soodustab repolarisatsioonbloki läbimurdmist atsetüülkoliini poolt. Proseriini toime möödudes võib aga relaksandi kõrge kontsentratsiooni olemasolul sünnitada uuesti tekkida repolarisatsioonblokk. Selle vältimiseks kasutatagu repolariseerivaid relaksante fraktsioneeritult, väikestes annustes, lähtudes doseerimisel toime intensiivsusest ja vältides antidoodi kasutamist. Antidooti on õige kasutada vajaduse korral vaid perioodil, kus spontaanse hingamine on taastunud (2, 7, 22, 34). Üldiselt on eelistatud lühiaegse toimega ja mitteakumuleeruva, s. t. hästijuhitava toimega relaksandi, ditiliini rakendamine ka pikaajalisel kurareseerimisel, manustades seda fraktsioneeritult või pidevalt tilkinfusiooni teel [Danilov (14), Mihhelson, Aleksandrov, Grigorjev (15)].

Depolariseeriva toimemehhanismiga relaksantide kasutamisel kirjeldatakse pikenenud apnoe seisundeid [Evans, Gray jt. (39), Swerdlov (40), Fuchs (41)], mille üheks põhjuseks on koliinesteraasi madal aktiivsus (näiteks pahaloomuliste kasvajate ja maksahaiguste puhul). Teiselt poolt ähvardab siin nn. kahekordse bloki tekkimine. Suurte ditiliinidooside puhul kirjeldatakse (kõige sagedamini atsidoosi ja hüpokaleemia tingimustes) depolarisatsioonibloki üleminekut repolarisatsiooniblokiks [Niederer (34)]. Kahekordse bloki mehhanism võib esineda ka siis, kui ditiliini manustatakse repolariseeriva relaksandi toime foonil. Sellisel juhul võib ditiliin, murdmata läbi repolarisatsioonblokki, toimida ka ise repolariseerivalt ja anda kestva apnoe seisundi [Niederer (34)].

Peatumata siinkohal pikemalt erialases kirjanduses põhjalikult käsitletud intubatsioonnarkoosil kui kopsude ventilatsiooni kõige efektiivsemal võttel, mainime, et lühiaegse toimega lihasrelaksante kasutatakse ulatuslikult intubatsiooni puhul. Seejuures tagavad depolariseerivad relaksandid kiire, sujuva ning raskusteta intubatsiooni. Ometi peame õigeks, et algaja alustab intubeerimist eeternarkoosiga ning, olles meetodi üksikasjadega tuttav, läheb üle valikmeetodile, s. o. relaksantide kasutamisele. Kogemuste puudumisel võib apnoe tingimustes protseduuri venimine anda asjatu, sageli ohtliku hüpokseemia. Larüngoskoobi oskamatul käsitlemisel võib protseduur olla traumaatiline ja anda südame talitluse möö-

duva aeglustumise ning ventrikulaarseid ekstrasüstoleid [Martin, Fischer (42)]. Frey (22) järgi on kõik kirjanduses kirjeldatud katastroofid, mis on tekkinud relaksantide rakendamisel, nende oskamatu kasutamise tulemus ning seetõttu ta hoiatab «... nii nagu nuga antakse vaid kogenud kirurgile, nii antakse kuraare vaid vilunud anestezioloogi kätte. Ainult siis täidavad need vahendid oma suure ülesande kahju tekitamata».

Lihaskrelaksantide kõrval kasutatakse narkoosi toksilisuse vähendamiseks narkoosi potentseerivaid vahendeid ning seda eeskätt premedikatsioonina fenotiasiinderivaatidega ning nende kasutamisenä operatsiooni ajal nn. lüütiliste segude näol, mis tõstavad kesknärvisüsteemi tundlikkust narkootikumidele [Laborit ja Huguenard (16)]. Pärast niisugust premedikatsiooni, mille toimes domineerib sedatiivne ja hüpnootiline mõju koos adrenergiliste ja koliinergiliste reflektorsete mehhanismide pidurdusega, millele lisandub veel antihistamiinne ja analgeetiline mõju, muutub haige uniseks ja ükskõikseks, langeb operatsiooniaegse neuropsüühiline pinge. Operatsiooni ajal väheneb narkootikumide kulu ja fenotiasiinide toimel stabiliseerub organismi üldseisund tunduvalt [Netšajev (17), Kolessov, Levin (18), Volikov (19), Kossonogov (20), Kuprijanov ja kaastöölised (6), Žorov (7), Petrovski (4), Schostok (43) ja teised].

Frey (44) teeb aga järelduse, et kuigi fenotiasiinderivaadid on väärtuslikud vahendid organismi üldseisundi mõjutamisel, ei ole need seni siiski täitnud lootust, mis neile algul pandi. Fenotiasiinderivaadid kuuluvad narkoosi abivahendite hulka, kuid ei asenda anestezioloogia põhi-meetodeid, s. o. täpset anesteasiat, hüpokseemia ja hüperkapnia vältimist, substitutsiooniteraapiat, šokivastaseid infusioone jne. Meie kogemused lubavad soodsalt hinnata potentseeritud narkoosi ja arvame, et selle efektiivsus veelgi tõuseb lihaskrelaksantide samaaegsel kasutamisel pindmise narkoosi tingimustes. Et kuraare üldse ei mõjuta valutundlikkust ja omab väga nõrka vegetatiivset toimet, siis on lüütilised segud vegetatiivsete reaktsioonide blokeerimisel pindmises narkoosis eriti näidustatud. Raskemate operatsioonide puhul on fenotiasiinderivaadid väärtuslikud mõõduka hüpotermia saavutamisel.

Kuigi kaasaegses anestezioloogias rida põhiküsimusi on nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt ulatuslikult uuritud, on tänapäeval siiski terviklikult lahendamata haige organismi üldseisundi keerukad küsimused haiguste operatiivsel ravimisel. Ees seisab veel ulatuslik töö tõhusamate anesteesiameetodite otsingute ja kliinilise rakendamise ning olemasolevate meetodite detailiseerimise näol. See nõuab aga kirurgidelt ja anestezioloogidelt edasist üksikasjalikku keskendumist haige üldseisundi küsimustesse. Asjata ei kirjuta R. R. Macintosh: «Arukas kirurg töötades koos vaid hästivarustatud ja ustava liitlasega, kelle hooleks jäävad kõik anesteesiamed, kindlustab enesele segamata une ja pika eluea.»

KIRJANDUS

1. М. В. Муравьев и Ф. А. Хархардина. Вестн. хирургии, 5, 137—144, 1959. — 2. Е. Н. Мешалкин, В. П. Смольников. Современный ингаляционный наркоз, 1959. — 3. Б. В. Петровский. Хирургия, 6, 3—10, 1958. — 4. И. М. Григоровский. Вестн. хирургии им. Грекова, 6, 3—9, 1959. — 5. Решения Всесоюзной конференции хирургов, травматологов и анестезиологов, Вестн. хирургии 6, 150—151, 1959. — 6. П. А. Куприянов, Б. С. Уваров, Ю. Н. Шанин. Вестн. хирургии 5, 3—10, 1959. — 7. И. С. Жоров. Хирургия, 6, 3—12, 1959. — 8. В. И. Стручков и А. Долina. Вестн. хирургии, 6, 97—101, 1959. — 9. Л. Н. Болковитинова. Хирургия, 6, 79—83, 1959. — 10. М. С. Григорьев и М. Н. Аничков. Кураре и курареподобные препараты в хирургии. М., 1957. — 11. Н. В. Антелава. Хирургия, 4, 45, 1953. — 12. Н. Ф. Ломтатидзе. Хирургия, 4, 56, 1953. — 13. Т. И. Сидоров, А. И. Брискин. Хирургия, 4, 48, 1953. — 14. А. Ф. Данилов. Хирургия, 6, 74—79, 1959. — 15. В. А. Михельсон, О. В. Александров, М. С. Григорьев. В книге «Дипилин и опыт его клинического применения», Ереван, 1957. — 16. А. Лабори и П. Гюгенар. Гибнотерапия (искусственная зимняя спячка) в медицин-

ской практике. М., 1956. — 17. Ю. Б. Нечаев. Вестн. хирургии, 6, 94—95, 1959. — 18. В. И. Колесов и А. О. Левин. Вестн. хирургии, 6, 61—66, 1959. — 19. А. А. Воликов. Вестн. хирургии, 6, 101—109, 1959. — 20. Л. Ф. Косоногов. Хирургия, 6, 92—97, 1959. — 21. В. Leherpuu. ENSV VI Vabariikliku kirurgide konverentsi ettekannete teesid, lk. 6, 1958. — 22. Lehrbuch der Anaesthesiologie, Schriftleitung R. Frey, W. Hügin, O. Mayerhofer. Springer Verl. 1955. — 23. H. Nüesch u. W. Hügin, Der. Anaesthesist, 5, 3, 71, 1956. — 24. H. Meyer u. R. Scholze. Zbl. Chirurg. 81, 2, 59, 1956. — 25. R. Frey. Der Anaesthesist, 6, 5, 241, 1956. — 26. H. R. Griffith. Der Anaesthesist, 5, 2, 33, 1955. — 27. L. Šostak ja A. Seppo. Nõukogude Eesti Tervishoid, 3, 24, 1959. — 28. Y. Kerény. Zbl. Chirurg. 81, 33^a, 1599, 1956. — 29. C. Carpinisan, S. Dumitrescu, Zbl. Chirurg. 81, 33^a, 1614, 1956. — 30. H. Klose u. G. Wittig. Narkose und Anästhesie, W. De Gruyter-Verl., Berlin, 1954. — 31. D. Nachmanson, J. Cellular and Compar. Physiol. 39, 2, 138—177, 1952. — 32. A. Muralt. Die Signalübermittlung im Nerven, Birkenhäuser-Verl. Basel, 1946. — 33. L. V. Heilbrunn. Grundzüge der Allgemeinen Physiologie, Berlin, 1958. — 34. W. Niederer. Der Anaesthesist, 7, 2, 51—53, 1958. — 35. F. Hesse. Kleines Narkosebuch, Barth-Verl. Leipzig, 1956. — 36. H. Oehmig. Der Anaesthesist, 5, 4, 111, 1956. — 37. M. Keéri-Szanto. Der Anaesthesist, 5, 2, 35, 1956. — 38. A. Ohling u. H. Mündner. Zbl. Chirurg. 81, 33, 1392, 1956. — 39. F. F. Evans, P. W. Gray, Lehmann, E. Silk, Lancet, 25, 1229, 1952. — 40. M. Swerdlov, Lancet, 25, 1231, 1952. — 41. H. Fuchs. Der Anaesthesist, 5, 5, 1140, 1956. — 42. K. Martin, H. Fischer. Zbl. Chirurg. 81, 35, 1908, 1956. — 43. P. Schostok, Zbl. Chirurg. 81, 33^a, 1805, 1956. — 44. R. Frey. Die Phenotiazinderivate in der medizin. Herausgegeben H. Kleinsorge u. K. Rösner, Fischer-Verl., Jena 1958.

Проблемы современной анестезиологии

А. Кивик

Резюме

Основной задачей современной анестезиологии является исследование общего состояния больного в предоперационном периоде, поддержание его во время операции и в послеоперационном периоде. Вопросы общего состояния организма являются наиболее актуальной проблемой в современной клинической медицине и требуют обширных теоретических знаний и практического опыта.

В статье отмечается, что перед выбором метода анестезии необходимо точное исследование больного. Применяя общий наркоз, следует для оценки его глубины исходить из более детальной классификации стадии наркоза по Гведелю. Недостатком общего наркоза считается слишком большая концентрация наркотика в крови для достижения хирургической стадии (III₃) наркоза, что отрицательно влияет на обменные процессы организма (явления ацидоза). Современная анестезиология широко применяет комбинацию поверхностного наркоза с мышечными релаксантами.

Далее дается анализ фармакодинамики курареподобных веществ и указываются возможные осложнения при их применении (рекураризация, удлиненное апноэ, двойной блок в мнотермальном синапсе). Подчеркивается, что при умелом применении релаксантов они являются весьма ценными дополнительными веществами в анестезиологии.

Резюмируя литературные данные, делается вывод, что целесообразным является комбинировать общий наркоз с применением релаксантов с препаратами невроплегического действия (потенцированный наркоз). Это позволяет достичь рационального торможения и угнетения как соматических, так и вегетативных рефлексов во время операции.

SELJAAJUANESTEESIAST

А. Туч

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Puudutades tuimastamise küsimusi möödunud sajandi neljakümneadatel aastatel ütles üks tolle aja nimekamaid kirurge Velpeau (1795—1867): «Valu kõrvaldamine operatsiooni ajal on kimäär, mis ei vääri tähelepanu.» Kuid mõne aasta pärast see «kimäär» muutus tegelikkuseks. Möödunud sajandite jooksul töötati kirurgias välja mitmesuguseid tuimastusmeetodeid, sealhulgas ka seljaajuanesteesia, mille kohta Meyer-

Mey mitte ammu ütles, et lumbaalanesteesia on parim ja halvem meetod. Parim siis, kui seda rakendatakse arukalt, kui järgitakse kõiki nõutavaid näidustusi ja vastunäidustusi ning kõiki selle anesteesia rakendamise reegleid, anesteseerides oskuslikult, kombinatsioonis teiste tuimastamis-meetoditega; halvem siis, kui see muutub süsteemiks. Toodud postulaadi õigsust illustreerib meie järgmine tähelepanek: üks haige (P. A. haigus-lugu nr. 13610) atleetliku kehaehitusega, 43 a. vana, saabus meie haiglasse 15. septembril 1952. a. põledes mitraaltõbe, mis tekitas südame ja vere-soonte kolmanda astme puudulikkuse Ootamatult tekkis sellel haigel parema alajäseme ühes magistraalveresoones embol, mis tüsistus gang-reeni ja raske sepsisega. Näidustused nõudsid jala amputeerimist reie ülaosast alates. Tuli otsustada tuimastamisküsimus. Jäädi peatuma lum-baalanesteesiaal. Haige talus operatsiooni kergesti ning kirjutati välja hästi kinnikasvanud haavaga ja südame ning veresoontesüsteemi seisundi tunduva paranemisega.

Sklifosovski-nimelises instituudis on lumbaalanesteesia kõikide teiste tuimastusmeetodite hulgas kohaliku infiltratsioonanesteesia järel teisel kohal (16%). Välismaal, eriti Inglismaal, rakendatakse lumbaalanestee-siat sagedasti hüpertooniahaigetel ja väikese vaagna operatsioonide puhul.

Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonnas hakati lumbaal-anesteesia laiialdasemalt kasutama alates 1951. a. Viimase seitsme aasta jooksul (1951.—1957. a.) on lumbaalanesteesia rakendatud 118 haigel, kusjuures 5 juhul tehti segatuimastust, 2 juhul rakendati lumbaal-anesteesia kombinatsioonis kohaliku tuimastusega, 3 juhul eeternarkoosiga.

Enamikul juhtudest olid lumbaalanesteesiaga opereeritud haiged 51 kuni 86 aasta vanused, kokku 101 haiget (80,0%). Ülejäänud 17 juhul oli haigete vanus 16—50 aastani (14%), sealhulgas 16 kuni 30 aastani 4 juhtu.

Lastel lumbaalanesteesia ei tehtud.

Lumbaalanesteesiaga tehti kõige rohkem vaagnapiirkonna elundite operatsioone — 69,5% (66 prostatektoomiat, 16 ureetra- ja kusepõie-operatsiooni), seejärel 29 alajäsemete operatsiooni, mis moodustab 24,5% kõigist operatsioonidest ja lõpuks ülejäänud 7 soolte-, kõhuseina- ja neeruoperatsiooni. Lumbaalanesteesiaga tehtud operatsioonide väike arv nii pika aja jooksul seletub ühest küljest selle rakendamise rangetest näidustustest, teisest küljest — paljude kirurgide põhjendamata kartu-sest, mis sõltub teadmatusest, et anesteseerimistehnika tundmisel tüsis-tuste oht peaaegu puudub. Kasutada tuleb ainult 2%-list novokaiini-lahust, mida tarvitatakse 4 ml ja lisatakse 1 ml 10-protsendilist kofeiini-lahust (antud lahuse erikaal on meie uurimuste järgi 1009). Samaaegselt süstitakse naha alla 1 ml 5-protsendilist efedriinilahust. Morfiini koos lumbaalanesteesiaga meie ei rakenda. Lumbaalanesteesiaks ei kasutata jämedat nõela ning ei määrata nahka joodilahusega, millega väldime järsu vererõhu languse ohu ning pikemaajaliste operatsioonijärgsete peavalude võimaluse.

Analüüsisime meie haiglas teostatud seljaaju tuimastamise juhte selle meetodi poolt põhjustatud tüsistuste suhtes. Seejuures jagasime esi-nevad tüsistused kolme rühma: esimesse rühma paigutasime tüsistused, mis tekivad anesteseerimisel või operatsiooni ajal, teise rühma — tüsis-tused, mis tekivad lähematel päevadel pärast operatsiooni ja kolmandasse rühma — hilised tüsistused, mis tekivad juba pärast haigete väljakirjuta-mist haiglast. Mis puutub esimese rühma tüsistustesse, siis neid täheldati 3 juhul (ühel juhul klooniliste krampide hoog, teisel juhul — vererõhu langus, kolmandal — oksendamine, nõrgalt väljendunud bulbaarsed nähud ja bradükardia). Kuid need tüsistused olid lühiajalised ja kiiresti likvideeritavad. Teises rühmas oli kõige sagedasemaks tüsistuseks pea-valu. Sklifosovski instituudi andmetel esines peavalu 5 kuni 13 protsendil

haigetesti. Meie andmetel esinesid peavalud 8,5 protsendil lumbaalanesteesiaga opereeritud haigetest. Peavalud kestsid 1 kuni 3 päeva. Seda tüsistust tuleb pidada antud tuimastamismeetodi varjuküljeks. Selle tekkimine aga sõltub sageli puudulikkusest tehnikast (naha määrimine jooditinktuuriga, jämeda nõela kasutamine).

Lumbaalanesteesiajuhtude analüüsimisel huvitas meid eriti küsimus, kas opereeritud haigetel esinesid mingisugused kesknärvisüsteemi häired hilisematel tähtaegadel pärast haiglast väljakirjutamist. Sel eesmärgil saatsime haigetele ankeetlehed. Üldse saadeti välja 94 ankeetlehte. Vastused saabusid 76 isikult. Need vastused olid aluseks lumbaalanesteesia hilistüsistuste läbitöötamisel. 76 haigest 21 haiget 60 kuni 85 aasta vanuses vastasid, et neil esineb peavalu, peapööritus, krampid ja valud alajäsemetes. Arvestades aga nende haigete vanust ei saa täie tõenäosusega neid kaebusi seostada lumbaalanesteesiaga. Eelkõige tuleb neid häireid seostada aju ja perifeerset veresoonte aterosklerootiliste muutustega. Mis puutub alla 65 a. vanustesse haigetesse, siis üks 53-aastane haige kaebas lühemat aega valu seljas ja jalgades, teisel juhul kaebas 48-aastane haige harvatekkivat peavalu ning lõpuks kolmandal juhul esinesid 19-aastaselt haigel kaebused sagedasele peavalule. Seega võib kokkuvõttes öelda, et tõsisemaid lumbaalanesteesiale järgnenud hilistüsistusi ei esinenud.

K o k k u v õ t e

1. Lumbaalanesteasiat võib pidada üheks tunnustatumaks tuimastamismeetodiks vaagna- ja alajäsemete operatsioonide puhul.

2. Lumbaalanesteesial on kõigi kaasaegsete tuimastusmeetodite kõrval oma eelised ja puudused.

3. Vastukaaluks valitsevale arvamusele tulime järeldusele, et kõrge vanus, sepsis ja südame dekompensatsioon ei ole vastunäidustusteks lumbaalanesteesiale vaid sellel on rida eeliseid nende seisundite puhul.

О спинномозговой анестезии

А. Тух

Р е з ю м е

Спинномозговая анестезия применялась у 118 больных при операциях на мочеполовых органах, нижних конечностях и брюшной стенке. В трех случаях во время операций наблюдались кратковременные и быстро ликвидированные расстройства со стороны центральной нервной системы.

На основании разработанных ответов, полученных по анкетным листам, разосланным выписавшимся из больницы больным, оперированным под люмбальной анестезией, с запросом о состоянии их здоровья, можно прийти к заключению, что каких-либо поздних осложнений у этих больных в связи с примененным способом обезболивания не отмечалось. Учитывая контингент больных, у которых применялась люмбальная анестезия, можно сделать следующие выводы:

1) спинномозговая анестезия является одним из наиболее признанных в данное время методов обезболивания при операциях на тазовых органах и нижних конечностях;

2) наряду со всеми существующими поныне методами обезболивания люмбальная анестезия имеет свои достоинства и недостатки;

3) в противовес существующим представлениям наш опыт показывает, что старческий возраст, сепсис, сердечная декомпенсация не являются противопоказаниями для применения спинномозговой анестезии, которая, наоборот, имеет ряд преимуществ именно при этих состояниях.

INSULTIDE RAVIST EUFÜLLIINIGA

L. Luts

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedrist, juhataja dotsent
E. R a u d a m)

Seoses aju akuutsete vereringehäirete tunduva sagenemisega, on insultide profülaktika ja ravi muutunud käesoleval ajal neuroloogia ja neurokirurgia aktuaalseimaks probleemiks.

Viimasel aastakümnel on saavutatud silmapaistvaid tulemusi isheemiliste insultide konservatiivse ravi alal. On esitatud rida uusi ravi-meetodeid, mille valdav enamik põhineb ajuveresoonte laiendamise printsiibile. Rida autoreid kirjeldab head terapeutilist efekti nikotiinhappe mitmesuguste preparaatide, histamiini, nitritite või papaveriini suurte annuste manustamisel isheemilise insuldi varajases järgus, kusjuures aga stellaatganglioni novokaiinblokaadi, CO₂ inhalatsiooni, samuti antikoagulantide näidustuste ja raviefekti kohta on kirjanduses andmed vastu-rääkivad (1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20 jt.). Suhteliselt vähe leiame andmeid kortisoonravi kasutamise kohta insuldi akuutses perioodis (10, 11, 24). Uus, kuid suuri kliinilisi perspektiive omav on aju tromboembooliliste protsesside trombolüütiline ravi fibrinolüsiiniga (21).

Eriti väljapaistvat kohta isheemiliste insultide ravis omab teofüllüüni-preparaat — eufüllüin. Esmakordselt publitseeris oma andmed eufüllüüni intravenoosse manustamise kohta isheemilise insuldi puhul Mainzer 1949. a. (13), kirjeldades ülihead terapeutilist efekti juhul, kui insuldi tekkemomendist pole möödunud üle 1 tunni. Käesoleval ajal on ilmunud rida uurimusi, mis käsitlevad eufüllüüni ravitoimet insuldi varajases järgus (6, 9, 10, 12, 16, 18, 23, 25 jt.), kusjuures enamik autoreid piirab ajalise intervalli insuldi tekkemomendi ja eufüllüüni intravenoosse manustamise vahel 309 tunniga lugedes, et eufüllüüni hilisemal manustamisel puudub insuldi suhtes terapeutiline toime. Insultide puhul peetakse ebatstarbekohaseks eufüllüüni peroraalset manustamist.

Kuigi Schmidt-Voigt (ref. 10) kirjeldas oma materjalil «välktervistumist» eufüllüüni toimel insuldi algtundidel, ei leia see teiste autorite poolt kinnitust. Sajast Gianoli (10) poolt ravitud insuldijuhust ei esinenud ühelgi «välktervistumist». Seda ei täheldanud ka Hangarter ja Henssge (12) 159 ning Erley (9) 21 insuldijuhu ravimisel.

Kuigi Mainzer (13) alustas oma uurimusi oletades eufüllüüni dilatatoorse toimet ajuveresoontesse, pole mainitud asjaolu seni leidnud kindlat tõestust. Schimert (18) leidis, uurides Rein'i meetodi abil eufüllüüni toimet koertesse, et reiearteri, parema koronaarteri ja vertebraalarteri verevarustus paraneb pärast eufüllüüni veenisistest manustamist. Sama leidis autor, kui ta kutsus eelnevalt esile nende veresoonte spastilise seisundi. Tuginedes kliinilistele tähelepanekutele ühinevad arvamusega eufüllüüni vasospasme lõõgastava toime kohta Weichs (23) ja Winter (25). Uuringud Kety' ja Schmidt'i meetodi järgi annavad aga hoopis vastupidiseid tulemusi. Nimelt tekib pärast eufüllüüni veenisistest manustamist ajuvereringe selgelt väljendunud reduktsioon, mis lubab oletada ajuveresoonte ahenemist (14, 22). Ülalmainitud asjaolu on otseses vastuolus kliiniliste andmetega. Kuna eufüllüüni head terapeutilist efekti isheemilise insuldi varajases järgus on raske eksperimendi andmete najal seletada, peab Gianoli (10) tõenäoliseks siiski eufüllüüni lokaalset vasodilatatoorset toimet spastilises seisundis olevale ajuveresoonte piiratud alale. Ajukoe hapnikutarvidus eufüllüüni toimel ei muutu, küll aga suureneb diurees, langeb liikvori rõhk, tõuseb hematoentsefaalse barjääri permeaabelsus, mistõttu aju turseenähud taandarenevad (2, 3, 12, 10, 22). Kukuškina ja Berginer (3), uurides eksperimentaalselt küülikutel eufüllüüni toimet aju õrnkesta veresoontesse, täheldasid eufüllüüni kahefaasilist efekti: pärast

süstetaju õrnkesta veresoonesid, seejärel aga ahenesid võrreldes luumeni esialgse läbimõõduga. Ateroskleroosilistes veresoontes olid need muutused vähem väljendunud. Siiski aga ei ole ülaltoodud uuringute põhjal võimalik teha ammendavaid järeldusi eufüllüüni hea terapeutilise toime põhjuste kohta insuldi varajases järgus.

Käesoleva töö ülesandeks on eufüllüüni ravitoime jälgimine isheemilise insuldi erinevates staadiumides. Meie materjal hõlmab 154 Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas alates 1955. aastast ravil olnud haiget, kellest 143-l juhul on diagnoositud ajuarterite tromboosi, 11-l juhul embooliat. Neist 21-l juhul leidis kliiniline diagnoos kinnitust autopsia abil. 84 haiget raviti eufüllüüniga, kusjuures 57-le haigele manustati eufüllüüni veenisiseselt, 27-le haigele suu kaudu. 70 haiget, kes ei saanud eufüllüüni, analüüsiti võrdlusgrupina. Mõlema grupi haigete kontingent oli enam-vähem ühtlane. Nii eufüllüüniga ravitud haigete grupis kui ka võrdlusgrupis oli haigete keskmine vanus 56 aastat. Ka ei esinenud mõlema grupi haigete vahel olulisi erinevusi hospitaliseerimise kiiruse ega üksikute haigusjuhtude raskuse poolest.

Püüdes lühidalt iseloomustada oma haigeid, võime märkida järgmist. 143-st ajuarterite tromboosi diagnoosiga haigest lokaliseerus 112-l trombootiline protsess keskse ajuarteri vaskularisatsioonialal, neist 54-l (seega ligi pooltel juhtudel) oli haaratud parempoolne keskne ajuarter. 9-l juhul diagnoositi eesmise ajuarteri tromboosi ning 15-l juhul vertebraalarteri süsteemi kuuluvate arterite tromboosi. 7-l haigel oli protsessi lokaliseerimine multiibelne. 11-st embooliajuhtudest lokaliseerus embol 5-l vasempoolse, 4-l parempoolse keskse ajuarteri ja 1-l juhul alumise tagumise ajukeskarteri vaskularisatsioonialal. 1-l juhul oli emboolia multiibelse lokaliseerimisega.

84-st haigest manustati eufüllüüni 57-le haigele veenisiseselt (0,24 g eufüllüüni koos 25-protsendilise glükoosilahusega 5 minuti vältel 1—2 korda päevas). Injektsioonide üldarv varieerus individuaalselt. Ravi katkestati, kui pärast viimast 2—3 süstet ei täheldatud paranemist. Üldiselt kestis eufüllüünravi keskmiselt 12 päeva. 27-le haigele manustati eufüllüüni ainult suu kaudu annuses 0,1 kolm korda päevas.

Eufüllüüni toimet jälgisime nii vahetult pärast süstimist kui ka ravi-kuuri jooksul. Kiirelt paranenuks hindasime juhud, kui neuroloogilised ärajäämanähud lähemate tundide jooksul pärast eufüllüüni esimest süstet kiiresti taandarenesid ning järgmised süstet seda efekti veelgi süvendasid. Paranuks lugeme juhud, kus eufüllüünravi vältel haige neuroloogilised ärajäämanähud pidevalt taandarenesid.

Kõik haiged talusid eufüllüünravi hästi. Ainult ühel parempoolse keskse ajuarteri tromboosi ning dekompenseeritud kardiovaskulaarse puudulikkusega haigel tekkis pärast eufüllüüni esimest süstet oksendamine, tugev tsüanoos ja higistamine, mõne minuti pärast langes haige komatoosesse seisundisse, mis kestis ühe päeva. Neuroloogilised ärajäämanähud progresseerusid mõne päeva vältel. Eufüllüünravi katkestati. Seisund paranes südamevahendite ja antikoagulantide manustamisega ning haige lahkus paranenuna. Tõenäoliselt tuleks antud juhul ebasoodsa reaktsiooni põhjust eufüllüünile otsida raskesti kahjustatud kardiovaskulaarse süsteemi kompensatsioonivõime ajutisest langusest.

Eufüllüüni manustamine insuldielises staadiumis ja esimestel tundidel pärast insuldi teket oli harulduseks. Mõnel juhul oli trombootilise protsessi aeglase arengu tõttu insuldi tekkeaja täpne kindlaksmääramine raske. Seetõttu õnnestus ainult 7-l haigel (6 tromboosi ja 1 emboolia diagnoosiga) alustada eufüllüünravi esimestel tundidel pärast insuldi teket (kuni 5 tundi). Neist kuuel juhul oli eufüllüüni toime, kiire, väljendudes mõni minut kuni mõni tund pärast intravenoosset süstet (vt. tabel 1). Kaks haiget, kes hospitaliseeriti komatooses seisundis, avasid silmad,

jälgsid ümbrust ja muutusid kontaktseks. Kolmel juhul paranes kiiresti peamiselt mootorika. Üks totaalse mootorse afaasiaga haige hakkas pärast eufüllüini esimest süstet rääkima üksikuid lihtsaid sõnu. Kõigil juhtudel andis eriti eufüllüini esimene süste selgesti väljendunud efekti. Järginiste süstete terapeutiline efekt polnud nii silmatorkav. Ühel haigel, kellel korduv trombootiline insult tekkis haiglaravi kestel, süvenes vasempoolne hemiparees paari päeva vältel, hoolimata eufüllüini kiirest ja korduvast intravenoossest manustamisest.

Tabel 1

Veenisisese manustatud eufüllüini terapeutilise toime sõltuvus ajast, mis möödub haigestumise ja ravi alguse vahel

Haigestumise ja ravi alguse vaheline aeg	Haigete arv	Ravi	Tulemus			
			Kiire paranemine	Paranemine	Muutusetä või halvenemine	Surm
kuni 5 tundi	7	eufüllüin 0,24 i/v	6	—	1	—
5—24 tundi	5	"	1	3	—	1
24—48 tundi	6	"	3	2	1	—
üle 48 tunni	39	"	7	28	1	3

Haigeid, kellel ajaline intervall insuldi tekke ja esimese eufüllüini-süste vahel oli 5—24 tundi, oli 5. Neist ühel haigel sedastati pärast eufüllüini esimest süstet pareetiliste jäsemete jõu tunduvat juurdekasvu. Kolmel haigel täheldati head, kuid aeglasemat terapeutilist efekti peamiselt mootorika osas. Ühel 36-aastaselt parempoolse hemipleegia ning totaalse mootorse afaasiaga haigel oli eufüllüinravi efekt algul hea, eriti teadvuse osas. Haige muutus erksamaks, täitis osaliselt käsklusi, ütles üksikuid lihtsaid sõnu. Letaalne lõpe järgnes 12. haiguspäeval südame- ja hingamistegevuse progresseeruva halvenemise tagajärjel.

Haigete grupis, kellel eufüllüinravi alustati 1.—2. haiguspäeval, esines kiire paranemine kolmel haigel kuuest, peamiselt mootorsete ärajäämanähtude osas. Kahel oli paranemine aeglane ning ühel haigel esines näonärvi tsentraalse pareesi kerge süvenemine, kusjuures muu neuroloogiline sümptomatoloogia püsis muutusetä.

Haigeid, kellel intravenooset eufüllüinravi alustati hiljem kui teisel haiguspäeval, oli 39. Huvitav on märkida, et selles rühmas täheldati eufüllüini kiiret terapeutilist efekti seitsmel haigel (19% juhtudest), mis peaaegu eranditult väljendus mootorika paranemises. Tuleb tähele panna, et haiguse hilisemal perioodil, kus haigusnähud on stabiliseerunud, oli eriti selgesti eraldatav järsk pööre haiguskulus eufüllüini toimel. Kõige pikemaks intervalliks insuldi tekke ja eufüllüinravi alguse vahel, kus meil oli võimalik jälgida kiiret paranemist eufüllüini toimel, oli 27 päeva. Siin oli tegemist 74-aastase naisahaigega, kellel esines motoorne afaasia, parema käe spastiline halvatus ning jala spastiline nõrkus. Pärast eufüllüini süstimist tekkisid ühe päeva jooksul parema käe aktiivsed liigutused ning jala jõud paranes märgatavalt. Järgmisel päeval sai haige juba tõsta sirget kätt. Järgnevad süsted süvendasid efekti veelgi. Haige sai eufüllüinravi üldse 10 päeva vältel. Kliinikust lahkumisel esines ainult kerge parempoolne hemiparees. Mootorse afaasia taandarenemine oli aeglasem. Selles haigete grupis esines kolmel juhul letaalne lõpe. Kõik kolm haiget olid kõrges vanuses. Ühel vasempoolse keskse ajuarteri kortikaalsete harude tromboosiga haigel, kes algul reageeris eufüllüinravile aeg-

lase paranemisega, tekkis edasise ravi kestel rahutusseisund ning paari päeva vältel arenes parempoolne hemipleegia. Lahangul leiti tromb vasakpoolse keskse ajuarteri algosas ning multiibelsed malaatsiad vasem-poolses hemisfääris. Teisel kahel letaalselt lõppenud juhul halvenes seisund progresseeruvalt, hoolimata eufüllinravist. Ühel eespoolkirjeldatud juhul täheldasime ühtlasi paranemistendentsi eufüllinravi algusest peale.

Võrreldes haiguse kliinilist kulgu eufülliniga intravenoosselt ravitud haigete grupis ja võrdlusgrupis, nägime esimeses neuroloogiliste ärajäämanähtude kiiremat ja täielikumat taandarengut, kusjuures paranemine oli eriti kiire esimestel ravipäevadel. Selles rühmas võis 16-l 57-st alg- ja lõppstaatus võrdlemisel ravi tulemust hinnata väga heaks, kusjuures aga võrdlusgrupis väga hästi paranenud haigete arv oli tunduvalt väiksem (vt. tabel 2) ning paranemise tempo aeglasem. Eufüllini manustamisel suu kaudu ei näinud me kiiret paranemist ühelgi juhul.

Tabel 2

Ravi lõppresultaat haigete lahkumisel kliiniliselt ravilt

Ravi iseloom	Haigete arv	Ravi lõppresultaat				
		Väga hea	Rahuldav	Muutuse	Halvenemine	Surm
Eufüllinisüstetega ravitud haiged	57	16(28%)	34(60%)	3(5%)	—	4(7%)
Eufülliniga peroraalselt ravitud haiged	27	4(15%)	18(67%)	3(11%)	—	2(7%)
Haiged, kes ei saanud eufüllinravi	70	3(4%)	40(57%)	10(15%)	3(4%)	14(20%)

Üheks eufüllini raviefekti näitajaks tuleb lugeda letaalsust, mis eufüllinravi grupis oli 7%, võrdlusgrupis aga 20%.

Meil ei õnnestunud ühelgi juhul näha kiiret «välktervistumist» eufüllini toimet, nagu kirjeldab Schmidt-Voigt (ref. 10 j.). Küll aga võisime konstateerida kiiret paranemist real juhtudel lähemate tundide vältel pärast eufüllini süstimist. Taoliste juhtude arv oli seda suurem, mida varem me alustasime intravenoosselt eufüllinravi.

Meie kogemused ei kattu kirjanduses laialt levinud seisukohaga eufüllinravi vähese efektiivsuse suhtes juhtudel, kui insuldi tekkimisest on möödunud üle 3—9 tunni. Meie haigetel, kes hakkasid intravenoosselt eufüllinravi saama 3. haiguspäeval ja hiljem, esines kiire paranemine pärast eufüllini esimest süstet ligi $\frac{1}{3}$ juhtudest. Seega peame näidustatuks eufüllinravi alustamist ka tromboemboolilise insuldi hilisemas jär-gus (2.—3. nädalal), mitte lugedes insuldi tekke ja ravi alguse vahelist ajalist intervalli määravaks teguriks eufüllinravi indikatsiooni suhtes.

Eufüllini manustamine pole otseselt vastunäidustatud ka hemorraagiliste insultide puhul, seepärast kasutatakse juhtudel, kus tekib raskusi insuldi täpse iseloomu kindlaksmääramisel, eufüllini ühekordset veenisest injektsiooni diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil. Isheemilise insuldi puhul esineb enamikul juhtudest haige üldseisundi tunduv paranemine ja neuroloogiliste ärajäämanähtude taandareng, kuna hemorraagilise insuldi puhul kliiniline pilt jääb endiseks, või esineb vähene paranemine insuldiga kaasuva ajuödeemi vähenemise tõttu. Kui eufüllini veenisisesel manustamise puhul haige seisund halveneb, tuleb eufüllinravist loobuda, sest sel juhul esineb tõenäoselt ajuhemorraagia.

Et eufüllinravi on eriti edukas esimestel tundidel pärast insuldi teket, siis tuleks kiirabi- ja jaoskonnaarste tingimata varustada eufülliniga veenisiseseks manustamiseks.

KIRJANDUS

1. Аносов Н. Н., Виленский Б. С. Лечение и предупреждение тромбозов сосудов головного мозга антикоагулянтами. М., 1959. — 2. Захарова Е. Н. Ж. невропатол. и психиатр., 1959, 8, 929—932. — 3. Кукушкина В. П., Бергинер В. М. Ж. невропат. и психиатр., 1957, 8, 995—1000. — 4. Турье З. Л. Расстройства мозгового кровообращения. М., 1958. — 5. Миртовский Н. В. Нарушения мозгового кровообращения. М., 1958. — 6. Членов Л. Г., Лебедева Н. В. Институт Неврологии АМН СССР, Институт Неврологии РНР. Совместная научная сессия посвященная острым нарушениям мозгового кровообращения. — 7. Dalsgaard-Nielsen, T. Acta Psych. Neurol. Scand., 1956., Suppl. 108, 101—119. — 8. Elliott, F. A. Brit. Med. J., 1958, 5074, p. 792—794. — 9. Erley, E. Med. Klinik 1956, 51, 8, 301—303. — 10. Gianoli, A. C. Schweiz. med. Wochenschr., 1956, 86, 44, S. 1235—1239. — 11. Hand, B. M. Geriatrics, 1958, 13, 5, 239—299. — 12. Hangarter, W., Henssge, J. Dtsch. med. Wochenschr., 1956, 81, 23, 937—939. — 13. Mainzer, F. Dtsch. med. Wochenschr., 1954, 79, 1, 37—39. — 14. Moyer, J. H., Miller, S. I., Tashnek, A. H., Bowman, R., Schmidt, C. P. J. Clin. Invest., 1952, XXXI, 3, 267—272. — 15. Murphy, J. P. Cerebrovascular Disease, Chicago, 1954. — 16. Nowotny, K. Wiener Klin. Wochenschr., 1953, 65, 51, 1017—1021. — 17. Rankin, J. Scott. Med. J., 1957, 2, 6, 254—268. — 18. Schimert, G. Dtsch. med. Wochenschr., 1951, 76, 38, 1176—1179. — 19. Schwyzer, M. J. Amer. Med. Womens Assoc., 1958, 13, 1, 1—8. — 20. Skillicorn, S. A., Aird, R. B. Med. Clin. N. America, 1956, 40, 5, 1355—1368. — 21. Sussman, B. J., Fitch, T. S. P., Plainfield, N. J. J. Amer. Med. Assoc. 1958, 31, 1765—1709. — 22. Thiesen, J. Klin. Wochenschr., 1956, 34, 33/34, 913—914. — 23. Weichs, E. Münchener med. Wochenschr., 1954, 96, 49, 1453—1454. — 24. Weissbecker, A. Münchener med. Wochenschr., 1954, 96, 51, 1519—1520. — 25. Winter, R. Wiener med. Wochenschr., 1955, 105, 1, 37.

Лечение инсультов эуфиллином

Л. Лутс

Резюме

Приводятся данные клинического анализа 154 случаев заболевания инсультом мозга. 84 больных, леченных эуфиллином (57 эуфиллин вводился внутривенно, 27 — только перорально), составляли основную, а 70, не получавших эуфиллин, контрольную группу. Больные были в возрасте от 30 до 92 лет.

Наилучшие результаты наблюдались при применении эуфиллина внутривенно в первые дни заболевания, но благоприятный терапевтический эффект отмечался и в более поздние сроки, от 2 до 3 недель от начала заболевания. Поэтому мы рекомендуем внутривенно эуфиллинотерапию также в более поздние сроки острого периода ишемического инсульта. Пероральное применение эуфиллина является значительно менее эффективным. Все больные, кроме одного, переносили эуфиллинотерапию хорошо.

Отличный исход при проведении внутривенной эуфиллинотерапии наблюдался в 28% и удовлетворительный — в 60% случаев заболевания, без изменений осталось 5%. Из числа больных, леченных эуфиллином перорально, отличный исход наблюдался в 15%, удовлетворительный — в 60% случаев заболевания, без изменений осталось 11%. В группе больных, не получавших эуфиллин, отличный исход наблюдался только в 4%, удовлетворительный — в 57% случаев заболевания, без изменений осталось 15%, с ухудшением выписалось 4% больных. Летальность при лечении эуфиллином составляла 7%, тогда как в контрольной группе она была 20%.

Ввиду большой терапевтической ценности и эффективности эуфиллинотерапии в ранние сроки заболевания целесообразно снабжать участков врачей и врачей скорой помощи эуфиллином для внутривенного введения.

Põllumajanduslikest mürkainetest põhjustatud mürgistuste karakteristika ja profülaktika

A. Kuklinov

(Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst A. Stepanova)

Põldude viljakuse tõstmiseks kasutatakse kõiki kaasaja teaduse ja tehnika saavutusi. Käesoleval ajal tarvitatakse selleks ka üle 400 mitmesuguse mürkkemikaali, kusjuures tööd uute efektiivsemate preparaatide otsimise alal üha laiendatakse.

Vastavalt otstarbele jagatakse põllumajanduses tarvitatavad mürkkemikaalid järgmistesse põhirühmadesse: insektitsiidid — putukate hävitamiseks; fungitsiidid — mikroorganismide, peamiselt taimehaigusi tekitavate seente hävitamiseks; herbitsiidid — umbrohu tõrjeks.

Mürkkemikaale tarvitatakse põllumajanduses eri tähtaegadel ja mitmesuguste meetodite järgi. Insektitsiide tarvitatakse näiteks putukate massilise paljunemise ajal. Rakendusmeetoditeks on pulbrite (dustide) tolmutamine või lahuste (emulsioonide) pihustamine seljaskantavate ranitsatüüpi tolmustajate ja pihustite, hobupritside või autodele ning lennukitele paigutatud seadiste abil. Fungitsiide segatakse seemnetega enne külvi. Herbitsiide tarvitatakse umbrohu tõrjeks peamiselt tolmustamise teel lennukitelt.

Põllumajanduses kasutatavad mürkkemikaalid ei ole inimesele ohutud. Mürkkemikaalide transportimisel, säilitamisel, väljaandmisel, eriti aga tarvitamisel võivad nendega kokkupuutuvatel isikutel tekkida mürgistused, kui ei täideta vastavaid ohutustehnika reegleid. Mürgistuda võivad inimesed ka mürkkemikaalidega töödeldud põllumajandussaaduste tarvitamisel. Näiteks on kindlaks tehtud, et DDT säilib pikemat aega teraviljas, puuviljas, piimas, ega lagune kulinaarse ja termilise töötlemise puhul.

Suur tähtsus on sellel, missugusel vegetatsiooniperioodil taimi mürkkemikaalidega töödeldi. Nii võib viljapuid enne õitsemist töödelda iga-suguse mürgiga, pärast õitsemist aga ainult preparaatidega, mis ei tungi viljakehasse. Preparaadi DDT õliemulsioon tungib sügavale viljakehasse ja säilib seal kaua, sama preparaadi pulber toimib aga pindmiselt ning laguneb kiiremini atmosfääritegurite ja otseste päikesekiirte toimele.

Sõltuvalt mürgi kogusest ja organismi tungimise ajast, võib mürgistus olla äge või krooniline. Ägedat mürgistust ei ole raske ära tunda, kuid kroonilist mürgistust õigesti diagnoosida on mõnikord väga raske. Seepärast ei ole võimatu, et krooniline mürgistus möödub teise diagnoosiga haigestumisena.

Meditšiinitöötajad on kohustatud rangelt ja süstemaatiliselt kontrollima mürkkemikaalidega tegelevate töötajate töötingimusi ja seda, kuidas toiduaineid, marju, köögivilju ning puuvilju kaitstakse mürkkemikaalide eest.

Meditšiinitöötajad peavad tundma kolhoosides ning sovhoosides tarvitavate mürgiste insektitsiidide, fungitsiidide ja herbitsiidide toksilisi omadusi, nende organismi sattumise teid, ägedate ja krooniliste mürgistuste peamisi tundemärke, esmaabi ja ravi. On vaja teha kõik, et mürkkemikaalide laialdane tarvitamine põllumajanduses ei põhjustaks haigestumisi nii põllumajandustöötajate kui ka nende töövilja kasutavate kodanike hulgas.

Profülaktiliste abinõude õigeaegseks rakendamiseks peavad põllumajanduse spetsialistid, kelle korraldusel mürkkemikaale tarvitatakse, informeerima kohalikke tervishoiutöötajaid preparaatidest, mida hakatakse tarvitama antud rajoonis, ja nende kasutamise ajast.

Viimastel aastatel kasutatakse meil väga laialdaselt keemilisi mürg-aineid, nagu mitmesuguseid orgaanilisi klooriühendeid, eriti DDT-preparaate (dikloordifenüültri-klooretaan) ja heksakloraani (heksakloortsükloheksaan); orgaanilisi elavhõbeda ühendeid — $\text{HHYH}\Phi$ (etüülmerkuurfosfaadi vesilahus), $\text{HHYH}\Phi\text{-2}$ (granosaan, etüülmerkuurkloriid); orgaanilisi fosforühendeid: dimefoks, ditiofos, karbofos, metafos, klorofos, tiofos, keerukat orgaanilist ühendit $\text{HHYH}\Phi\text{-100}$ (tiofos-paratioon) jt.

Iseloomustame lühidalt loetletud mürgkemikaalide gruppide mõnd esindajat.

Orgaanilised klooriühendid. Nagu juba mainitud, on laialdaselt levinud insektitsiidseid preparaate DDT, samuti selle analoogid: DFDT (difluordifenüültri-klooretaan), DDD (dikloordifenüüldi-klooretaan) ja metoksükloor. Need on kõik tahked ained, sulamistäpiga 45°C (DFDT) kuni 110°C , vees nad ei lahustu, vaid lahustuvad orgaanilistes lahustites — piirituses, petrooleumis, mineraalõlides. Neid tarvitatakse tavaliselt pulbritena (dustidena) ja nad kujutavad endast jahvatatud preparaadi mehaanilist segu inertse täiendusega (talk, kaoliin, savi jt.), sisaldades aktiivset ainet 10%. Vesiemulsioonid sisaldavad põhi-preparaati kuni 20%, õliemulsioonid kuni 50% aktiivset ainet. Päikese-kiirte vahetul toimel preparaat laguneb ja selle toime kestus lüheneb järe-sult (3 kuult kuni 7 päevale).

Organismi satub preparaat hingamiselundite või mao- ja sooltetrakti kaudu ning läbi naha. Mürk eritub organismist uriini, rooja ja piimaga (noortel loomadega), kuulub aeglase toimega mürgide hulka.

Ägeda mürgistuse peamisteks tunnusteks on väsimus- ja roidumus-tunne, peavalu, südamepekslemine, isutus, valud mao- ja sooletrakti piir-konnas (iiveldus, oksendamine), samuti maksa ja neerude rasked kahjus-tused (anuuria).

Kesknärvisüsteemi kahjustust iseloomustab suurem erutuvus, jäse-mete sügavate reflekside langus, tundlikkuse kadumine, lihastenõrkus, värisemine, spastilised ja loiid halvatused. Rasketel mürgistusjuhtudel on häiritud südameatalitus ja hingamine, pulss sageneb, refleksid on ala-nenud, esineb nägemishäireid ja komatoosne seisund.

Veres tekivad iseloomulikud muutused: hemoglobiinihulk langeb, erütrotsüüdid lammutuvad, esineb leukotsütoos, eosinofiilia.

Kroonilise mürgistuse sümptomideks on peavalu, halb uni, halb isu või täielik isutus, närvilisus ja erutuvus, kõne- ja nägemishäired (valguse-kartus), verejooksud ninast. Esmaabi ja ravi ägeda mürgistuse puhul on viivitamatu maoloputus, oksevahendite andmine, sümptomaatilised vahendid, rahu.

Kroonilise mürgistuse puhul on näidustatud üldtugevdavad vahendid, rauapreparaadid, glütserofosfaadid, dieetravi valgu-, süsivesikute- ja kalt-siumi hulga suurendamisega ja rasvade vähendamisega.

Insektitsiid heksakloraan. Tehniliselt kujutab preparaat endast hallikas-kreemi värvusega kristalset ainet, omab tugevat ebameel-divat hallituslõhna, sulab $157\text{--}159^{\circ}\text{C}$ juures. Vees ei lahustu, lahustub halvasti piirituses, hästi õlides ja orgaanilistes lahustites. Otseste päikese-kiirte mõjul laguneb, kaotades toksilised omadused. Käesoleval ajal val-mistatakse keemiatööstuses põllumajanduse jaoks kõrge gammaisomeeri sisaldusega heksakloraani, mis omab tugevamat insektitsiidset toimet, kuid on ka mürgisem.

Organismi tungib preparaat hingamiselundite ja seedetrakti kaudu ning läbi naha, eritub organismist uriini, rooja ning piimaga.

Preparaati tarvitatakse dustidena, aerosoolina, vesisuspensioonina, emulsioonina mineraalõlides.

Ägeda mürgistuse pilt: üldine nõrkus, peavalu, kiire väsimine, isu vähenemine või täielik kadumine, suurenenud süljeeritus, iiveldus, oxen-

damine, temperatuuri tõusmine, külmavärinad, öine higistamine, rinnakutagune valu, pisaratevool, verejooks ninast. Võivad esineda arteriaalse rõhu tõus ja hingamisrütmi (sageduse ja sügavuse) häired, veres leukotsütoos.

Kroonilise mürgistuse pilt. Tähelepanu äratav ebakindel kõnnak, käte värisemine, peavalu üldise roidumusega, loidus, unetus, isutus, iiveldus ja oksendamine. Veres väheneb erütrotsüütide arv ja hemoglobiini hulk. Esmaabi ja ravi. Heksakloraani sattumisel seedetrakti tuleb viivitamata teha maoloputus suure hulga veega, anda oksevahendeid. Südame-nõrkuse puhul ka südamevahendeid. Krampide korral antakse barbituraate. Ägeda perioodi möödumisel on näidustatud ka sümptomaatilised vahendid.

Tööle heksakloraaniga ei tohi lubada rasedaid ja imetajaid emasid.

Elavhõbeda orgaanilised ühendid. Kõige laialdasemalt tarvitatakse preparaate НИУИФ-1 ja НИУИФ-2 (granosaan), mis on valge või hallika värvusega pulbrid. Tarvitatakse pulbrina või lahusena herne-, nisu-, rukki-, odra-, kaera- ja linaseemne ning teiste kõrsviljaliste seemnete puhtimiseks. Satuvad organismi hingamiselundite ja seedetrakti kaudu ning läbi naha.

Toksilisus inimeste kui ka loomade suhtes on väga kõrge. Tsirkuleerides veres ja ladestudes paljudes elundites toimivad need mürgid toksiliselt esmajoonel närvisüsteemisse.

Ägeda mürgistuse pilt. Tugevnenud süljeeritus, metallimaitse suus, iiveldus, okse limane, mõnikord ka verine, tugevad valud sooltes ja mao piirkonnas, limajas-verine roe, neerude kahjustumisel veri uriinis ja täielik kusepeetus. Vererõhk on langenud. Kergetel mürgistusjuhtudel esinevad närvisüsteemi funktsionaalsed häired. Haiged kaebavad peavalu, peapööritust, roidumust, üldist nõrkust, halba und, kiiret väsimist, mõnikord ka hingamisraskusi ja surumistunnet rinnas.

Kroonilise mürgistuse pilt. Elavhõbeda leidumine uriinis jälgedest kuni 0,04 mg/l. Täheledatakse haistmise halvenemist, mälu nõrgenemist, suurenenud süljeeritust, higistamist, nõrkust, unerütmi häireid (unisust päeval, unetust öösel). Suulimaskestadel tekivad mõnikord haavandid, igemete turse ja veritsemine, hammaste väljalangemine, jäsemete värisemine, kõhnumine, soolestiku talitluse häired (kõhulahtisus). Veres — mõõdukas lümfotsütoos.

Esmaabi ja ravi. Granosaanimürgistuse puhul tuleb tingimata anda juua aktiveeritud sütt (1—2 supilusikatäit klaasitäie vee kohta) ja valguvett (2 munavalget klaasi veega). Vastumürgina tarvitatakse preparaati «Unitool» (sünteesitud Ukraina Sanitaar-Keemilises Instituudis, 2—3 naatriumi dimerkaptopropaansulfonaat), mida süstitakse naha alla või lihasesisesi ühekordses annuses 1 ml 5-protsendilist lahust haige iga 10 kg kehakaalu kohta. «Unitooli» toime tõuseb diurees ja suureneb elavhõbeda eritumine organismist.

Orgaanilised fosforühendid on vähelenduvad, ebameeldiva lõhnaga vedelikud, ei lahustu vees, lahustuvad hästi orgaanilistes lahustites. Tarvitatakse emulsiocnidena ja dustidena.

Organismi satuvad need hingamiselundite ja seedetrakti kaudu ning tungivad ka läbi vigastamata naha.

Karbofosi, metafosi ja tiofosi tarvitatakse kontakttoimega insekt fungitsiididena; merkaptofosi ja aktametüüli taimesiseste insektitsiididena.

Kõik orgaanilised fosforühendid on tugeva parasümpaatilise toimega mürgid, nendega mürgistumise puhul on ülekaalus kesk- ja vegetatiivse närvisüsteemi kahjustused. Toksilisus on seotud ferment-koliinesteraasi toime pärssimisega.

Mürgistuse tunnused: peavalu ja peapööritus, isutus, iiveldus, mis

tugevneb söömise ja suitsetamise puhul; oksendamine, kõhulahtisus, süleeritamine, parasümpaatilise ja kesknärvisüsteemi häired.

Меркаптофос toimib vereloome elunditesse, põhjustab leukopeeniat, kepptuumaliste nihet, esmajärjekorras on häiritud granulotsüütide valmimine. ИИУИФ-100 omab tunduvat toksilist ja kumulatiivset toimet.

Esmaabi ägedate mürgistuste puhul orgaaniliste fosforühenditega tuleb osutada viivitamata. Preparaadi sattumisel makku tuleb püüda oksendamist esile kutsuda ja teha maoloputus. Pärast seda anda aktiivseeritud söe pulbrit 2-protsendilises soolahuses ja siis jälle korduvalt oksendamist esile kutsuda. Preparaadi sattumisel nahale tuleb see ettevaatlikult eemaldada — mitte laiali hõõruda. Kahjustatud kohta tuleb hoolikalt pesta sooda- või ammoniaagilahusega. Mürgistatute ravimiseks tarvitatakse atropiini ning pentafeeni koos proseriini ja propatsiiniga. Peab meeles pidama, et preparaadi organismi sattumisel on kõige ohtlikumad esimesed päevad, mille jooksul peab kannatanut kõige hoolikamalt jälgima.

Käesoleva kirjutise eesmärgiks on meditsiinitöötajate, haiglate ja sanitaar-epidemioloogia jaamade arstide täheleparu juhtimine töötingimuste range meditsiinilise kontrollimise vajadusele mürgkemikaalide kasutamisel põllumajanduses, mürgistuste vältimine ja mürgistuste eristamine.

KIRJANDUS

1. Вашков В. И., Погодина Л. Н., Сазонова Н. А. ДДТ и его применение. М., 1955. — 2. Ефимов А. Л. Справочник по применению ядов для борьбы с вредителями и болезнями растений. Издание 6, М., 1956. — 3. Медведь Л. И. Гигиена труда при применении инсектофунгицидов в сельском хозяйстве. М. 1958. — 4. Органические инсектофунгициды. М. 1955. — 5. Попов П. В. Справочник по ядохимикатам. М. 1956. — 6. Урусова Т. П. Гигиена и санитария, 1953, 3, 36—37. — 7. Фрир Дональд. Химия инсектицидов и фунгицидов. Перевод, М., 1948. — 8. Гигиена, токсикология и клиника новых инсектофунгицидов, под общей редакцией Л. И. Медведь. М. 1959. — 9. Сосновик И. Я. Клиника и профилактика отравлений ядохимикатами. М. 1959. — 10. Levin, M. Keemilised ained ja aparatuur taimede kaitseks. Tln. 1959.

О характеристике и профилактике отравлений ядохимикатами, применяемыми в сельском хозяйстве

А. Куклинов

Резюме

Для охраны растений от вредных насекомых, микроорганизмов и сорной растительности в сельском хозяйстве применяются разнообразные ядохимикаты. Их применение дает огромные экономические выгоды, поэтому эта отрасль химии непрерывно развивается и совершенствуется. В разных странах мира в настоящее время в сельском хозяйстве применяется до 400 видов различных ядохимикатов. По своему действию они разделяются на следующие основные группы: инсектициды, убивающие насекомых; фунгициды, убивающие микроорганизмы (грибки); гербициды, подавляющие рост сорной растительности. Инсектициды применяются при угрозе массового развития вредных насекомых; фунгициды — для обработки семенного материала; гербициды — при появлении на полях сорной растительности. Для распыления инсектицидов и гербицидов используются самолетами, автомобильными и конными опрыскивателями (опылители), ручными опрыскивателями (у огородников, садоводов).

Все ядохимикаты не безразличны для здоровья человека; при неосторожном обращении с ними могут возникать как острые, так и хронические отравления не только от прямого контакта с ядовитыми препаратами, но также и от обработанных ими сельскохозяйственных продуктов и даже от молока коров, питавшихся обработанными травами.

Острые отравления распознать относительно легко, хронические же часто остаются не распознанными; вызванные ими заболевания проходят под другими диагнозами, что ведет к увеличению тяжести заболеваний.

В Советском Союзе применяются главным образом следующие ядохимикаты: хлорорганические препараты, из них — гексахлоран и ДДТ; фосфоорганические, из них — дитиофос, карбофос, метафос, хлорофос, тиофос, ИИУИФ-100 и др.; органиче-

ские соединения ртути — этилмеркурфосфат (НИУИФ-1); этилмеркурхлорид (гранозан-НИУИФ-2).

Ядовитость органических соединений ртути в сотни раз превышает ядовитость сулемы; фосфоорганические соединения особенно опасны тем, что свободно проходят через неповрежденную кожу.

Медицинским работникам необходимо изучать действие ядохимикатов на организм и уметь диагностировать отравления. Они обязаны немедленно отстранять от работы с ядохимикатами лиц, у которых появились начальные признаки отравления. Нельзя допускать к работе с ядохимикатами детей, беременных и кормящих женщин.

«METALLIPALAVIKU» JUHTUM¹

B. Schamardin

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat P. Bogovski ja Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Niinimetatud «metallipalavik» on ägeda professionaalse mürgistuse väljenduseks, mis tekib mõnede metallide (sagedamini tsingi, vase, raua, nikli jt.) sattumise tagajärjel hingamisteedesse peendispersses olekus.

Esmakordselt kirjeldas «metallipalavikku» Blandet 1848. a.

Põhiliseks teguriks haiguse tekkel on metalliaurude sattumine õhku metalli keemistemperatuuri juures, nagu seda täheldatakse metallide valamise ja keevitamise puhul. Haiguse patogeneesis omab põhilist tähtsust tsingi ja teiste metallide oksüüdide nekrotiseeriv toime kopsualveoolide epiteelisse ja sellele järgneval valgu denaturatsiooniproduktide resorbeerumisel, mis põhjustabki proteiinide resorptsiooni tagajärjel palavikulise reaktsiooni.

Mürgistuse tekkele eelneb latentne periood 3—4 tunni vältel, mille jooksul puuduvad igasugused mürgistuse tunnused. Sellele järgneb 2- kuni 4-tunni pikkune prodromaalperiood, mille jooksul tekivad järgmised nähud: magus maitse suus, isu langus, ängistus- ja rõhumistunne rinnus, vahel kuiv köha. Pärast prodromaalperioodi algab mürgistatul vapp külma periood: temperatuur tõuseb 38—39°-ni ja enam, näonahk on sageli tsüanootiline. Tekib peavalu, kohin kõrvus, roidumus, iiveldus, vahel oksendamine ja valu kõhus. Vapp külma periood kestab 2—2,5 tundi ning vaheldub palavikuperioodiga. Nahk muutub kuumaks ja hüperemiliseks, temperatuur tõuseb 39—40°-ni, pulss sageneb ning muutub pingeliseks. Kopsudes on kuulatlemisel kuivi raginaid, sageli võib konstateerida maksa suurenemist. Tugeva peavalu tõttu magab haige rahutult ja ärkab sageli, täheldatakse psüühika muutusi depressiooni näol, haige on üksikõikne ümbruse suhtes. Kõik need nähud kestavad lühikest aega ja mööduvad tavaliselt 6—7 tunni jooksul, kusjuures sellele kaasub intensiivne higistamine. Haige ärkab hommikul tavaliselt täiesti tervistunult. Vahel kestavad roidumus, nõrkus ja hingamisteede ärritus, samuti düspeptilised nähud 2—3 päeva.

Verepildis täheldatakse tavaliselt haigushoo ajal mööduvat leukotsütoosi ja lümfotsütoosi. Uriinis leidub porfüriini ja urobiliini; indikaani hulk võib olla suurenenud.

Kuna «metallipalavik» esineb meie vabariigis harva ning meditsiini-töötajad tunnevad seda kutsekahjustust vähe, toome allpool ühe sellise juhu.

42-aastane mees viibis 9.—17. detsembrini 1958. a. Tallinna Vabariikliku Haigla II siseosakonnas diagnoosiga «metallipalavik» (haiguslugu nr. 17179). Saatediagnoos oli «*intoxicatio ex cupro*». Kaebas peavalu ja vapp külma. Tund aega enne haiglasse

¹ Ette kantud Tallinna Terapeutide Teaduslikus Seltsis 21. X 1959. a.

saabumist haige oksendas, kusjuures okses leidus verekiude, samal ajal tundis haige magusat maitset suus. Haigus algas ägedalt samal päeval. Haige on elukutselt lukusepp. Haigestumise päeval keevitas gaasiga 6 tunni jooksul kinnises ruumis metallitorusid, mis sisaldasid tsinki ja vaske. Pärast tööd tundis end kodus halvasti, tekkis järjest suurenev peavalu ja teised ülalmainitud nähud. Haige pöördus polikliinikusse, kust suunati statsionaari. Statsionaari saabumisel leiti objektiivsel uurimisel järgmist: haige on keskmist kasvu, kontaktne, nagu tsüanootiline. Rinnal, seljal ning jäsemete painde- ja sirutuskülgedel täheldati laotunud ebaühtlaste piirjoontega hüpercemilist, löövet, mis ulatus muust nahapinnast veidi kõrgemale (nõgestöbi). Rindkereelundites peale südametoonide kerge tuhmumise muud patoloogilist leidu ei täheldatud. Arteriaalne vererõhk oli 100/70 mm elavhõbedasammast; pulss 110 lööki minutis, rütmiline, rahuldava täitumusega. Kõhukoopa elundid ilmse patoloogilise leiuta. Kehatemperatuur 38,7°.

Esitatu alusel (tüüpiline anamnees, kehatemperatuuri kõrgenemine, muu objektiivse olulise patoloogilise leiu puudumine siseelundites) püstitati diagnoos «metallipalavik» ja määrati järgmine ravi: *Pyramidoni* 0,25 2 korda päevas *per os*, *Sol. Calci chlorati* 10% 15,0 3 korda päevas *per os*, *Sol. Glucosi* 40% 20,0 intravenoosselt.

Järgmise päeva hommikul oli patsiendi üldseisund tunduvalt parem, ta kaebas ainult naha sügelemist lööbe kohal, lööve oli tunduvalt vähenenud, kehatemperatuur 37,7°. Temperatuur püsis subfebrilsena veel 3 päeva. Nähalööve kadus jäljetult viiendal päeval.

Laboratõrased analüüsid. Veri: SR — 4 mm t. Hb — 35%, Leukots. 9400, verevalem: E/2, K/5, S/78, L/12, M/3, bilirubiin 4,8 mg %. (Bokaitšuki järgi). Uriin sogane, hapu, kollane, valk ja suhkur negatiivsed, vaateväljas 1—2 leukotsüüti, üksikuid erütrotsüüte, reaktsioon urobiliinile negatiivne. Roojas vere nõiku jälgi, parasiitide mune ei leidu. Maomahla analüüs (fraksioneeritud proovieine puhul) vabahappe puudumine, madalad üldhappe väärtused (8—10). Duodenaalmahla analüüs oli patoloogilise leiuta, Takata-Ara reaktsioon nõrgalt positiivne.

Rindkereelundite röntgenoskoopia patoloogilise leiuta.

Patsient kirjutati välja paranenuna, diagnoosiga «metallipalavik» (kutsehaigus) ja suunati ambulatoorsele ravile (määrati glükoosi süsted, C-vitamiini ja B₁₂-vitamiini).

Esitatud «metallipalaviku» juhtum on huvitav selle poolest, et siin esinesid laialdased nahanähud urtikaariana. Seda tuleb arvatavasti vaadelda kui allergilist reaktsiooni, mis on tekkinud kopsuepiteelist pärinevate valkude denaturatsiooniproduktide verre imendumise tagajärjel. Seoses ülalesitatuga väärub mainimist 14. XII 59. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori konsultatiivsel vastuvõtul (teaduslik töötaja I. Maripuu) täheldatud juht diagnoosiga «seisund pärast metallipalavikku». Antud juhul esines 19-aastaselt elektrikeevitajal kahel korral pärast tsiingitud raudosade keevitamist (30. XI 59. a. ja 9. XII 59. a.) tüüpiline «metallipalavik», kusjuures kehatemperatuur tõusis kuni 40°, normaliseerudes järgmiseks päevaks.

Случай «литейной лихорадки»

Б. Шамардин

Резюме

Литейная или металлическая лихорадка является острым профессиональным отравлением, обусловленным попаданием в дыхательные пути некоторых металлов в высокотемпературном состоянии.

Первым фактором для возникновения заболевания является попадание в воздух паров металла при его литье или электросварке. Патогенез «литейной лихорадки» объясняют некротизирующим действием окиси цинка или других металлов на эндотелий легочных альвеол и всасыванием продуктов белкового распада.

42-летний слесарь, занимавшийся в закрытом помещении газосваркой металлических труб, содержащих цинк и медь, был принят в больницу с жалобами на озноб, головную боль, рвоту и сладкий вкус во рту. При объективном обследовании кожные покровы лица и губы были цианотичные, на коже груди, спины, сгибательных и разгибательных поверхностей конечностей имелась уртикарнозная сыпь. Температура тела 38,7° С. На основании этих признаков и ввиду отсутствия других существенных патологических симптомов был поставлен диагноз «литейной лихорадки». Анализ крови показал: лейкоцитов 9400, РОЭ 4 мм в первый час, билирубин 4,8 мг/%. Реакция Таката-Ара — слабо положительная. Температура нормализовалась, и кожная сыпь на 5-й день исчезла. На 9-й день больного выписали в удовлетворительном состоянии.

MeditSiini ajalooSt

SADA AASTAT KOKAIINI

G. Kingisepp

(Tartu Riikliku Ülikooli farmakoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor,
professor G. Kingisepp)

Kokaiini isoleerimine kokalehtedest ja selle tuimastava toime kindlakstegemine panid aluse uuele valutustamisviisile — lokaalanesteesiale.

Kokaiini isoleerimine on aga ühtlasi kujukaks näiteks, kui palju kulub sageli aega tähtsa leiutise õigeks hindamiseks ja selle ellurakendamiseks.

Kokaiini isoleeris F. Wöhler'i õpilane Niemann ühe arsti poolt Lõuna-Ameerika reisilt kaasatoodud kokapõõsa lehtedest 1859. aastal; aasta hiljem teatas F. Wöhler avastusest Göttingeni Teaduste Akadeemiale.

Vaatamata sellele, et juba kokaiini isoleerijad selle mõru maitset ja keeleotsa tuimastust täheldasid, kulus selle tuimastava toime avastamiseks ligikaudu kakskümmend aastat. Põhjuseks oli asjaolu, et Lõuna-Ameerika reisikirjeldustest oli tuntud kokalehtede üldine, mitte paikne toime. Reisijad panid tähele, et kokalehtede närimine võimaldas indiaanlastel ületada suuri pingutusi, kustutas nälga ja janu. Indiaanlased jõid pärast kokalehtede närimist merevett ning see ei kutsunud neil esile oksendamist, mis on seletatav maolimaskesta tuimastusega. Sellele aga pöörati veel vähe tähelepanu.

Kokaiini tuimastavat toimet täheldas vene farmakoloog V. K. Anrep, kes 1880-ndal aastal endakatsel näitas, et süstituna naha alla halvab kokaiin nahanärve ja põhjustab valutust ning manustatuna keelele halvab maitse- ja närvide, mistõttu ei olnud võimalik teha vahet suhkru, soola ja hapete vahel. Määrates kindlaks kokaiini omadusi ja selle mürgisust katseloomadele, soovitas V. K. Anrep kasutada kokaiini paikse tuimastina ja ravimina melanhoolia vastu.

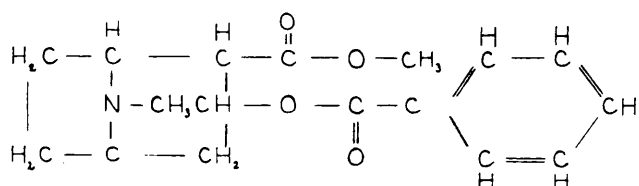
Neli aastat hiljem soovitas Viini silmaarst K. Koller loomkatsete põhjal kasutada kokaiini silma operatsioonide puhul ja teatas sellest Heidelbergi oftalmoloogide konverentsil. Sel aastal võeti kokaiin tuimastina kasutusele ka stomatoloogias. Samaaegselt alustasid vene kirurgid kokaiini uute rakendamisvõimaluste otsimist ja töötasid välja juhteanesteesia meetodi. A. J. Lukaševitš süstis 1886. aastal kokaiinilahuseid endale ja teistele tervetele inimestele sõrme, põlve ja kubeme närvitüvede ümbruses, saavutades vastavate piirkondade tuimastuse. Aasta hiljem tegi kirurg A. V. Orlov rea suuremaid operatsioone (gastrostoomia, laparatoomia), kusjuures ta kasutas kokaiini juhteanesteesiaks. Juhteanesteesia sooritamist kokaiiniga pidurdas aga pikemaks ajaks ühe naishaige mürgistumine, mis lõppes surmaga ja oli professor S. P. Kolomnini enesetapmise põhjuseks. Alles 1891. aastal rakendas saksa kirurg K. Schleich infiltratsioonianesteesiaks uuesti kokaiini 0,2-protsendilist lahust, millele ta lisas morfiini ja kodeiini.

Olgugi, et kokaiiniga läks korda sooritada lumbaalanesteesiat koertel ja demonstreerida selle anesteseerimisviisi suurt praktilist tähtsust, ei saadud seda lumbaalanesteesiaks rakendada mürgistusohu tõttu.

Vaatamata sellele, et tänu kokaiinile olid möödunud sajandi lõpuks välja töötatud kõik anesteseerimisviisid, näidatud nende rakendamisvõimalused, kogutud rikkalik eksperimentaalne ja kliiniline materjal kokaiini toime ja mürgisuse kohta, ei saadud seda väärtuslikku tuimastit siiski kirurgias kasutada.

Kokaiini laialdast kliinilist rakendamist takistas lahuste vähene püsivus ja kerge lagunevus steriliseerimisel, kiire ja täielik imendumine limaskestadelt ja süstekohast, aeglane elimineerumine organismist ja sellest tingitult suur mürgisus, samuti iha tekkimine korduval manustamisel. Seepärast hakati sihikindlalt selgitama kokaiini keemilist struktuuri ja sellest sõltuvalt paikset tuimastavat toimet ning sünteesima uusi ühendeid («aseaineid») eesmärgiga leida aine, mis avaldaks kokaiinile omast tuimastavat toimet, kuid millel puuduksid mittesoovitavad kõrvaltoimed.

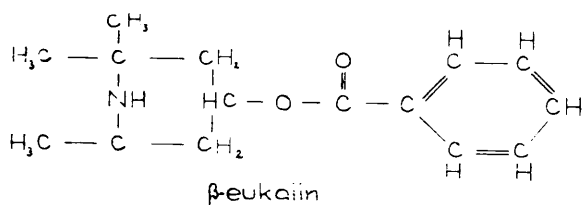
Teatavasti on kokalehtedes esinev 1-kokaiin bensoüülekgoniini ja metüülalkoholi ester:



Kokaiini keemiline struktuur selgitati laguneproductide koostise uurimise najal ja tõestati sünteesiga.

Suureks edusammuks oli kokaiini laguneproductide keemilise struktuuri ja nende osatähtsuse selgitamine anesteseerivas toimes, mis määras ka uute ühendite sünteesi. Teatavasti laguneb kokaiin leelisega kuumutamisel 1-ekgoniiniks, bensoehappeks ja metüülalkoholiks. Ükski mainitud laguneproductidest tuimastavat toimet ei avaldanud. Mainitud avastusel oli aga sellele vaatamata suur praktiline tähtsus, sest see võimaldas kokalehtedes leiduvaid teisi ekgoniinrea alkaloide (tsinnamüülkokaiin, bensoüül-ekgoniin, truksiliin jt.) üle viia ekgoniiniks, muuta need edasise metüleerimise ja bensüleerimise teel kokaiiniks ning suurendada sel teel kokaiini-saaki. Mainitud menetlust rakendatakse tänapäevalgi kokaiini tööstuslikus tootmisprotsessis.

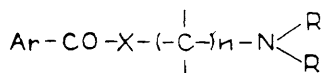
Esimesed sünteetilised paiksed tuimastid saadi kokaiini molekulis esineva ekgoniini asendamisel tropiiniga ning selle edasisel bensüleerimisel ja metüleerimisel; mõned saadud ühendeist (näiteks β -eukaiin) rakendati ka praktikas.



Põhjuse kokaiini aseainete sünteesimisel lähtumiseks tropiinist andis kokaiinile sarnase tuimastava toimega alkaloidi-troopakokaiini avastamine Jaava saarel kasvava kokapõõsa lehtedest. Troopakokaiin osutus atropiinimolekulis esineva tropiini isomeeri—pseudotropiini bensoehappe estriks. Sellest võis tuletada teatavat seadusepärasust tropiini derivaatide keemilise struktuuri ja farmakoloogilise toime vahel. Katsed näitasid, et tropiini estrite toime iseloomuloleb esterdamiseks kasutatud happe iseloomust. Tropiini hüdroksüülrühma sidumine alifaatsete hapetega annab farmakoloogiliselt väheaktiivseid ühendeid; hüdroksüülrühma esterda-

mine troopahappega (atropiin) annab tugevaid m-koliinmimetilisi ühendeid ja tropiini esterdamine bensoehappega tugeva tuimastava toimega ühendeid (tropakokaiin). Edasi selgus, et bensoehape on anesteseeriva toime kandjaks ka kokaiini molekulis, bensoehappe asendamine mõne teise aromaatses happega nõrgendab saadud ühendi tuimastavat toimet ja selle asendamine alifaatsete hapetega kaotab tuimastava toime. Edasi selgus, et tropiini võib ilma aktiivsuse languseta asendada lihtsa amiinalkoholiga.

Tropiinide, kokaiini analoogide ja kokaiini laguproduktide struktuuri ja farmakoloogilise toime uurimised näitasid, et anesteseerivaks toimeks on vajalik bensoehappega esterdatud tertsiaarne amiinrühm ehk anesteesiafoorne rühmitus:



Valemis X võib olla O, S või NH, Ar-bensooltuum, R ja R₁ alküül-rühm. Lähtudes paraamiinbensoehappest sünteesiti 1902. aastal selle etüülester (anestesiin) ja lisaks sellele rida analooge. Kõik saadud ühendid avaldasid tugevat tuimastavat toimet, kuid halva lahustuvuse tõttu vees oli nende praktiline rakendamine piiratud. Alküülamiinrühma sisseviimine para-amiinbensoehappesse suurendas saadud ühendite vesilahustuvust. A. Einhorni poolt 1905. aastal sünteesitud paramiinbensoehappe ja dietüülamiini etanooli estri hüdrokloriid ehk novokaiin osutus vees lahustuvaks, vähe mürgiseks ja omas tugevat lokaalanesteetilist toimet, mida oli võimalik rakendada igaks anesteseerimisviisiks, mistõttu see ka kiiresti teraapiasse juurdus. Tänapäeval tuntakse paiksete tuimastitena mitusada paraamiinbensoehappe ja dialküülamiinalkoholide estrit. Kaua püsinud arvamus, et aromaatsete karboonhapete dialküülamiinalküül-estrite reas on lokaalanesteetiliseks toimeks tingimata vaja paraasendis olev amiinrühm bensooltuumas, ei osutunud õigeks. Katsed näitasid, et paraamiinrühma eemaldamine bensooltuumast ei vähenda (benkaiin) ühendi tuimastavat toimet.

Kokaiini isoleerimine, selle tuimastava toime sõltuvuse uurimine keemilisest struktuurist võimaldas sihikindlalt sünteesida uusi väärtuslikke anesteetikume, andis võimaluse sooritada valuta operatsioone ilma üldnarkoosita. Kokaiini avastamisega algab kirurgias uus, lokaalanesteesia ajastu.

KOOLIHÜGIEENI KONVERENTS MOSKVAS

Konverents toimus 3.—5. veebruarini Vene NFSV Pedagoogika Akadeemia Kehalise Kasvatuse ja Koolihügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi korraldusel. Kuue istungi jooksul kuulati ära 33 ettekannet üheksast vabariigist. Konverentsi ajaks ilmusid trükist teesid 50 autorilt. Väärib märkimist, et neist 50-st olid arvuliselt kolmandal kohal (peale Vene NFSV ja Ukraina) Eesti NSV-st esitatud tööd (4). Balti vabariikidest oli esindatud ainult Eesti NSV.

Konverentsi istungid olid temaatilised — kaks istungit olid pühendatud õpilaste tootmistöö hügieeni organiseerimisele, kaks päevarežiimile, üks koolimajade, õppehoonete jt. projekteerimisele ning üks istung mitmesugustele väiksematele küsimustele.

V. Hion (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituut) rääkis esimese klassi õpilaste südame- ja vereringesüsteemi arengust sõltuvuses une ja värskes õhus viibimise kestusest. E. Valdre (samast instituudist) kõneles mikrokliimaatiliste tingimuste mõjust Tallinna internaatkooli õpilaste naha temperatuurireaktsioonidele ja haigestumusele külmetushaigustesse. K. Tamme (Vändra keskkool) ja allakirjutanu ettekanded jäid programmi koormatuse tõttu pidamata. (Esimene käsitles katseliste üldhariduslike koolide 9. klassi õpilaste tööõpetuse organiseerimise hügieenilisi printsiipe tehastes ja ettevõtetes, teine — kehakultuuri mõju õpilaste kõrgema närvitavuse arenemisele).

Prof. A. Markosjan toonitas, et seni on nõrgalt uuritud koolihügieeni teoreetilisi probleeme ja et teaduslikku töösse tuleb kaasa haarata ka arste sanitaar-epidemioloogia jaamadest, kes peaksid esmajärjekorras uurima koolihügieeni praktilise aspektiga probleeme. Kriitika osaliseks said need prof. A. Gutkini (Leningrad) seisukohad, kus ta vaatles organismi lahus väliskeskkonnast, nähes hügieenialaste uurimuste objekti peamiselt väliskeskkonnas, uurimata selle mõju organismile. Hea hinnangu osaliseks said Tallinnast esitatud tööd.

Konverentsil tõsteti esile päevarežiimi uurimiste esmajärgulist tähtsust koolihügieeni temaatikas ning kriipsutati alla vajadust pöörata rohkem tähelepanu töövoime ja selle tõstmise võimaluste uurimisele. Nõuti suurema tähelepanu pööramist kehalise kasvatuse teoreetiliste küsimuste läbitöötamisele. Arutati ka uurimistööde metoodika küsimusi, rõhutades vajadust seda mitmekesistada, tunduvalt tuleks laiendada eksperimendi kasutamist.

R. Silla

Valgevene NSV II terapeutide kongress

1959. aasta detsembrikuus toimus Minskis Valgevene NSV II terapeutide kongress, millest võttis osa kaugelt üle 1000 delegaadi. Eesti NSV oli esindatud 3 delegaadiga.

Kongressil oli arutlusel neli probleemi: 1. Mittespetsiifilised kopsuhaigused. 2. Vereloomahaigused ja vereülekanne sisehaiguste kliinikus. 3. Uued diagnostika ja ravimeetodid. 4. Terapeutilise abi seisukord Valgevene NSV-s ja selle parandamise võimalused.

Esimesele probleemile oli pühendatud 7 ettekannet.

A. Adenski esitas põhjaliku ettekande mittespetsiifilistest kopsuhaigustest ja märkis, et need on Valgevenes viimastel aastatel suremuse põhjusena kolmandal kohal. Nii Adenski kui ka Dubovski rõhutasid ülemiste hingamisteede patoloogia osatähtsust pneumosklerooside tekkel üldse, eriti aga nooremas eas.

Mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ravile oli pühendatud 6 ettekannet. Kahtlemata väärib neist esiletõstmist V. Kõleda ravimeetod veenisiseses penitsilliini ja naatriumjoodiga. Autori väitel soodustab viimane penitsilliini kontsentratsiooni suurenemist kopsukoos.

P. Maslov kõneles kirurgilise ravi heast efektist mädaste kopsuhaiguste puhul, kusjuures ta tegi õigustatud etteheiteid terapeutidele haigete hilise suunamise pärast kirurgilisele ravile.

Pneumoklrootikute dispanseerimisele pühendatud D. Abramovitši ja L. Škljariki ettekandes näidati nende haigete aktiivse dispanseerimise vajadust ühenduses vajaliku ja õigeaegse ravi (koos kirurgilise raviga) rakendamisega.

Kopsukartsinoomi temaga esines 6 autorit. Esiletõstmist väärib G. D o v g j a l l o ettekanne. Näidates statistilise materjali alusel suurt hiline mist kopsuvähi diagnoosimisel, püüab ta ühtlasi leida teid selle vea parandamiseks. Ta rõhutas massilise fluorografeerimise, arstide onkoloogilise valvuse tõstmise, maksimaalsete spetsiaalsete uuringute rakendamise ja kahtlaste haigete kiire hospitaliseerimise vajadust spetsiaalsetesse raviasutustesse.

Suurt huvi pakkus V. L e o n o v i ettekanne uuest leukooside patogeneesi kontseptsioonist. Hulgalist uurimuste tulemusena jõuab autor otsusele, et leukooside tekimisel on oluliseks lülilik tasakaaluhäire mikro- ja ultramikroelementide vahel, õigemini küll organismi ja väliskeskkonna radioaktiivsuse tasakaalu häire. Mikroelementide (Co, Cu, Fe) esinemisest leukooside puhul kõneles L. V o l o g o, aneemiliste seisundite puhul aga P. Z a i t s e v a.

Praktiliselt osutus väga väärtuslikuks M. D u l t s i n i ettekanne splenektomia vaieldavatest näidustustest. *Morbus Werlhoffi* esinemisel rasedatel ja hüpertoonikutel on olemas otsene näidustus operatsiooniks. Eriliselt kriipsutati alla aga lähimõeldud hormoonravi vajadust enne ja pärast operatsiooni.

Vereülekande küsimust käsitlevast kolmest ettekandest väärib esiletõstmist S. H a r a m o n e n k o doonori ja retsiptiendi vere sobivuse küsimuse käsitus ühenduses autosensibilisatsiooni probleemiga. I. M i š e n i n i poolt soovitatud nahaaluste vereülekannete eelistamine veenisisestele on aga küsitav ja vajab aprobeerimist.

Suure eksperimentaalse materjali alusel näitas B. T r u s s e v i t š närvikava toimet vere morfoloogilisele koosseisule, mille juures eriti tundlikud nii intero- kui ka eksteroretseptiivsetele ärritustele on leukotsüüdid.

Huvitav oli F. M e n š i k o v i ettekanne dieetrežiimi koostamise ja efektiivsuse kohta. Rõõbiti mõningate väga hästi põhjendatud dieetrežiimidega näit. ägeda pankreatiidi ja krooniliste mädaste protsesside puhul), hindab autor ilmselt üle dieetravi tähtsust Addison-Birmer'i aneemia puhul, alahinnates B₁₂-vitamiini kui etiopatogeneetilist ravifaktorit.

Sisehaiguste diagnostikat ja ravi käsitlesid 21 ettekannet.

P. L u k o m s k i töö oli pühendatud küllastamatute rasvhapete kasutamisele aterokardioskleroosi puhul. Küsimus on väga aktuaalne, seda enam, et esitatud materjali alusel omame lipetooli näol mõjuva vahendi ateroskleroosi ravimiseks ja kahtlemata ka perspektiive tõhusaks profülaktikaks. Huvipakkuv oli E. E p s t e i n i ettekanne antikoagulantide kasutamisest stenokardia puhul. On tähelepanuvääriv, et osa haigest kureeriti ambulatoorselt protrombiini 1- kuni 2-kordse kontrollimisega nädalas. Parim ravitulemus saavutati haigeil, kel koronaarskleroosiga kaasus hüpertooniatõbi. Mainimisväärsed on kahtlemata ka S. N e š v i z s k a j a ja V. T š e r e d o v a suurepärase saavutused sinukarotiidsel galvanoteraapiaga hüpertooniatõve puhul. Ravimeetodi lihtsuse ja hea efekti tõttu väärib see kindlasti praktikasse juurutamist.

Erilist väärtust omas G. Z a h h a r o v i ettekanne kandidooside ravist kodumaise (Valgevene NSV) spropmütsetiiniga, mis omab märgatavaid eeliseid võrreldes seni kasutatavate ravivahenditega (ka nistatiiniga) ning on tõhusaks relvaks medikamenttoossete haiguste ravis.

Hästi võeti vastu 2 ettekannet (J. B u g l o v a ja E. S p a l j a n s k a j a) Tšjen-Tziu akupunktsiooni teraapia hiilgavaist tulemustist paljude sisehaiguste puhul.

Läbirääkimistel võttis sõna ka Eesti NSV delegaat V. P a k l a r (Tartu), kes isiklike tähelepanekute alusel soovitas selle ravimeetodi kasutamist mõningate haiguste puhul.

Sisehaiguste diagnostika osas väitis A. D a v õ d o v, et ostsillograafilise meetodiga saab hästi diferentseerida hüpertooniatõbe kaasneva ateroskleroosiga ateroskleroostilisest hüpertooniast.

E. S i d o r e n k o ettekandest ballistokardio- ja vektokardiograafiast nähtus nende meetodite tähtsus varjatud koronaarse puudulikkuse avastamisel.

Terapeutilise abi organiseerimise küsimusega Valgevene NSV-s esines vabariigi peaterapeut I. L a g u n.

A. M a r d n a

Poliomüeliidiprobleemi vabariiklik konverents

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Vabariikliku I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infeksionistide ning Hügienistide Teadusliku Seltsi korraldusel toimus Tallinnas Poliithariduse Maja saalis 15. ja 16. aprillil 1960. a. vabariiklik teaduslik-praktiline konverents poliomüeliidiprobleemi alal.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu minister A. G o l d b e r g, kes tervitas ja õnnitles Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi poolt aukirjaga autasustatud seltsimehi S. D r o z d o v i, E. R a u d a m i t ja M. T š u m a k o v i. Peale selle avaldati tervishoiu ministri käskkirjaga tänu vaksineerimise hea läbiviimise cest reale vabariigi meditsiinitöötajatele.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme professor M. Tšumakovi haigestumise tõttu esitas tema referaadi «Poliomüeliidi elusvaktsiini uurimise ja rakendamise tulemusi NSV Liidus» arstiteaduse kandidaat S. Drozdov. 1959. a. teostatati kuues NSV Liidu vabariigis: Eestis, Leedus, Kasahhi NSV-s, Valgevenes, Moldaavias ja Lätis, samuti mitmes Vene NFSV oblastis kolmekordne immuniseerimine elusvaktsiiniga. Kolmes Balti vabariigis lõpetati massiline vaktsineerimine enne 1. juunit 1959. a., selle tagajärjel vähenes haigestumus aasta teisel poolel järsult (kuni üksikute juhtudeni).

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog K. Vassiljeva rääkis poliomüeliidi spetsiifilise profülaktika mõningatest tulemustest Eesti NSV-s. Arvestades poliomüeliiti haigestumise iseärasusi ja radikaalsete abinõude rakendamise vajadust selle tõrjeks otsustati alustada elanikkonna vaktsineerimist alates 3 kuu vanusest kuni 45 aasta vanuseni. Vaktsineerimist alustati 15. märtsil 1959. a. Vaktsineeriti umbes 650 000 inimest. On alust oletada, et vaktsineerimine löi tõhusa barjääri poliomüeliiti haigestumise vastu.

Vilniuse Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi teaduslik töötaja J. Uspenski kõneles Sabin'i attenueeritud poliovaktsiini peroraalse manustamise tulemustest Leedu NSV-s kaitsepookimiste esimesel aastal. Haigestumise järsk vähenemine vabariigis alates 1959. a. märtsikuust (s. o. pärast vaktsineerimise läbiviimist) on elanikkonna elusvaktsiiniga peroraalse massilise vaktsineerimise efektiivsuse eredaks näitajaks.

Läti Tervishoiu Ministeeriumi Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ja Läti NSV Teaduste Akadeemia Mikrobioloogia Instituudi teaduslikud töötajad P. Hvatoov, J. Glinskaja ja E. Kibitkina refereerisid poliomüeliidi epidemioloogiast, profülaktikast ja likvideerimise perspektiividest Läti NSV-s. Kui arvestada 1960. a. ja 1959. a. vaktsineerimisi, siis võib öelda, et iga teine Läti elanik on poliomüeliidi vastu vaktsineeritud.

Tallinna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötajate K. Vassiljeva, I. Urmani ja A. Sarafanova ettekandes kõneldi poliomüeliidi epidemioloogia iseärasustest ja profülaktikast Tallinnas. Autorid mainisid, et alates 1959. a. haigestumine poliomüeliiti järsult vähenes. Alates 1959. a. juulikuust ei olnud Tallinnas ühtegi haigestumisuhtu.

Arstiteaduse kandidaat E. Raudam (TRÜ) ja O. Tamm (Tartu Lirna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam) töid oma ettekandes võrdlevaid andmeid surmatud ja elusvaktsiini epidemioloogilisest efektiivsusest Tartus 1958.—1959. a. Autorid mainivad, et Salk'i vaktsiiniga vaktsineerimist tuleb lugeda läbitud etapiks. Olevik ja tulevik kuulub kahtlemata elusvaktsiinile, mis likvideerib nii epidemilise paratüütilise kui ka aparatüütilise poliomüeliidi. Pärast elusvaktsiini massilist tarvitamist võivad esineda ECHO ja Cocksackie viirustest põhjustatud aseptilise meningiidi puhangud, seepärast on lähimaks ülesandeks mainitud infektsioonide diferentseerimine poliomüeliidist ja nende vältimine.

H. Rüpp (Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla) kõneles poliomüeliidi epidemioloogiast Tartu, Elva ja Otepää rajoonis 1958. a. Autori andmetel oli nakkuse allikaks haige inimene ja haigus levis ülekaalukalt o'sese kontakti kaudu (52% juhtudest).

Arstiteaduse kandidaat A. Jannus (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) rääkis enteroviiruste küsimusest Eesti NSV-s. Viimased tsirkuleerivad meil alaliselt, kuid viroloogilise uurimiseta on diagnoosimine sageli raskendatud.

Arstiteaduse kandidaat I. Dobrova (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi Uurimise Instituut) refereeris poliomüeliidi elusvaktsiiniga peroraalse immuniseerimise efektiivsuse seroloogilisest hinnangust. Teostatud uurimised näitasid, et elusvaktsiiniga vaktsineeritud on immunoloogilised näitajad kõrgemad ja püsivamad kui Salk'i vaktsiiniga vaktsineeritud.

V. Tapupere (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) esitas andmeid seroimmunoloogilistest nihetest surmatud ja eluspoliovaktsiini manustamise tagajärjel Tallinna Väikelastekodu lastel. Pärast kolmekordset vaktsineerimist surmatud vaktsiiniga ei tekkinud kõikidel lastel antikehad kõigi kolme tüübi polioviruse vastu. Attenueeritud vaktsiini manustamisel tekkis aga peaaegu kõikidel lastel antikehade kõrge tiiter kõikide polioviruse tüüpide vastu.

Arstiteaduse kandidaat R. Kukaine, M. Aleksandrova ja M. Kondrašova (Läti NSV Teaduste Akadeemia Mikrobioloogia Instituut) refereerisid immunoloogilistest nihetest eluspoliovaktsiiniga vaktsineeritud laste veres. Kõigil uuritud lastel, keda vaktsineeriti kõigi kolme tüübi polioviruse attenueeritud tüved sisaldavate monovaktsiinidega, tõusis antikehade tiiter kõigi kolme tüübi polioviruste vastu. Immunoloogilised nihked elusvaktsiiniga vaktsineeritud laste veres on püsivad. Antikehade hulk ei langenud ka 6 kuu möödumisel immuniseerimisest.

Arstiteaduse kandidaat S. Drozdovi, J. Ašmarina ja G. Širmani

ettekannet käsitles vaktsinaalse protsessi ja interferentsinähtude viroloogilist iseloomu peroraalse immuniseerimise tingimustes. Uurimused näitasid kõikide viirustüüpide paljunemist soolestikus vaktsineerimise puhul ja interferentsi vaktsineerimise ning tänavaviiruse vahel.

Arstiteaduse kandidaat K. Männik ja T. Kuslap (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) rääkisid 1958. a. poliümüeliidipuhangu epidemioloogiast ja viroloogiast Eesti NSV-s. Poliümüeliidi etioloogilises struktuuris oli juhtivaks polioviiruse I tüüp, vähem II tüüp. Viroloogiliste ja seroloogiliste uuringute abil on võimalik kindlaks teha haigestumist ilma kliiniliste nähtudeta.

Arstiteaduse kandidaat M. Indulen ja I. Kanel (Läti NSV Teaduste Akadeemia Mikrobioloogia Instituut) käsitlesid eluspoliovaktsiini viroloogilise efektiivsuse uurimist. Saadud andmed näitasid, et vaktsiiniviiruste eritamise maksimum oli 7.—14. päeval. Kontaktsetel eritus see hiljem.

Arstiteaduse kandidaat E. Raudam, T. Kuslap, V. Tapupere ja K. Männik refereerisid poliümüeliidi epidemioloogiast ja kliinikust Eesti NSV-s pärast elanikkonna massilist vaktsineerimist attenuueeritud poliovaktsiiniga. Paratüütilise poliümüeliidi kliiniline pilt on seoses meie elanikkonna massilise elusvaktsiiniga vaktsineerimise tagajärjel märgatavalt muutunud, mida tuleb arstidel silmas pidada.

K. Babanova ja E. Trebuhhova (Tallinna Nakkushaigla) refereerisid poliümüeliidi bulbaarsete vormide ja müeliidi diferentsiaaldiagnostika küsimusest. Poliümüeliidi selliste vormide õigeks diagnoosimiseks on vaja õigeaegseid viroloogilisi andmeid.

Arstiteaduse kandidaat E. Raudam, A. Tikk ja A. Veldi (TRÜ) kõnelesid eluohtliku poliümüeliidi ravist. 1958. a. märtsis organiseeriti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia ja neurokirurgia osakondade juurde respiratoorne tsentrum, mis ohtliku seisundi puhul organiseerib haigetele kiiret abi ka vahetult haiguskoldest. Praegu on Tartu respiratoorsesse tsentrumisse koondatud pea- ja seljaajutraumade, neuroinfektsioonide, mürgistuste, aju vaskulaarsete insultide jt. taoliste haiguste alusel tekkinud üliäärmiste haigusjuhtude ravi.

A. Kaasik (TRÜ) refereeris aminasiini kasutamisest poliümüeliidi akuutses staadiumis. Aminasiini kasutamine poliümüeliidi puhul on näidustatud tõhusa patogeneetilise ravimeetodina, sest see võimaldab rakkudele, eriti seljaaju hallolluse eesmise sarvede motoorsete rakkude kehadele «keemilist rahu», vähendab turset seljaaju põletikulises koes, soodustades seal tsirkulaatorseid ja resorptiivseid protsesse. Toimespektri laiendamiseks ja süvendamiseks on aminasiini soovitatav kombineerida dimedrooli ja püramidooniga. Aminasiin võimaldab edukalt võidelda hüpertermiliste seisunditega.

A. Ugandi (TRÜ) kõneles hingamisharjutustest respiratoorsete häiretega poliümüeliidahaigetel. Kompleksne ravi, kus taastumisperioodis pööratakse suurt tähelepanu süstemaatilisele ja pikaajalisele ravivõimlemisele, annab suhteliselt häid tulemusi ka raskete haigusjuhtude puhul.

T. Virro (TRÜ) ja S. Ennuse (Haapsalu sanatoorium) esitasid ettekarde mudaravist poliümüeliidi taastumisperioodil. Mudaravi mõjutab poliümüeliidi taastumisperioodil organismi reaktiivsust positiivselt. Paremate tulemuste saamiseks tuleb lapsed sanatoorsele ravile suunata võimalikult otse nakkushaiglast.

Konverentsil esitatud ettekanded näitasid veenvalt, et nõukogude tervishoiul on efektiivseid vahendeid poliümüeliidi vältimiseks ja võime loota, et poliümüeliidi likvideerimise ülesanne täidetakse edukalt.

H. Roots

Porto-kavaalsete anastomooside kindlaksmääramine põrnasise adrenaliinintesti abil

R. Boller ja E. Deimer (*Der intrasplenale Adrenalinintest, ein einfaches Verfahren zur Feststellung portocavaler Anastomosen*) — *Klin. Wochenschr.* 5, 236—237, 1960.

Autorid kirjeldavad lihtsat meetodit, mis portaalse hüpertoonia juhtudel ja kahtluse puhul sellele võimaldab orienteeruvalt hinnata venoossete kollateraalseid olemasolu ja ulatust väratveeni ning alumise õõnesveeni vahel.

Selililamaval haigel perkuteeritakse välja põrna asend. Teostatakse lokaalanesteesia punktsiooni kohal, s. o. vahetult roidekaare all põrna asukohas. Pärast lühiajalist hüperventilatsiooni hoiab haige hingamist kinni ja põrna punkteeritakse lumbaalpunktsiooni nöölagi, minnes võimalikult terava nurga all ülespoole tooraksi seinale. Määratakse kindlaks põrnasise rõhk veemanomeetri abil. Seejärel süstitakse põrna koesse 0,1 mg adrenaliini ja eemaldatakse punktsiooninõel. Enne süstet ja iga 20 sekundi järel pärast adrenaliini manustamist mõõdetakse arteriaalset vererõhku. Normaalselt kantakse adrenaliin maksa, kus inaktiveeritakse nii, et seda küllaldasel hulgal suurde vereringesse ei pääse. Seetõttu arteriaalne vererõhk ei tõuse (negatiivne adrenaliinintest). Kui aga portaalse hüpertoonia tulemusena on arenenud kollateraalsed, pääseb põrnasiseselt süstitud adrenaliin otse aiumisse õõnesveeni ja põhjustab vererõhu tõusu (positiivne adrenaliinintest), mis saavutab maksimumi 1 minuti möödudes, kestab umbes 3 minutit ja ulatub 40—60 mm Hg üle lähteväärtuste

Põrnasise rõhu ja adrenaliinintesti resultaatides võib täheldada alljärgnevaid diagnostiliselt olulisi võimalusi: 1) põrnasise rõhk vähem kui 250 mm H₂O, adrenaliinintest (a. t.) negatiivne: küllaldane maksaringe, ei esine kollateraale; 2) põrnasise rõhk üle 250 mm H₂O, a. t. negatiivne: portaalne hüpertensioon ilma kollateraalsideta; 3) põrnasise rõhk üle 250 mm H₂O, a. t. positiivne; 4) põrnasise rõhk alla 250 mm, a. t. positiivne. Juhul 2 ja 3 on vaja šunt-operatsiooni. 4. juhul esineb kollateraalne vereringe küllaldaste anastomoosidega ja operatsiooniks ei ole vajadust.

Eriti väärtuslik on adrenaliinintest ebaselgete seedetraktiverejooksude diferentsiaaldiagnostikas, mis autorite andmeil umbes 35% on tingitud portaalsest hüpertoniast. Kui põrnasise adrenaliinintesti ei põhjusta olulist vererõhu tõusu, on tegemist ilmselt arteriaalse verejooksuga (haavandid, vähk). Kollateraalsetest (söögitoru) veenidest lähtunud verejooksu korral areneb adrenaliinintesti puhul vererõhu tõus. Süstimine on praktiliselt ohutu. Koos põrnasise rõhu väärtustega võimaldab kirjeldatud test täpsustada näidustusi porto-kavaalsete anastomooside läbiviimiseks operatsiooni teel.

K. Kõrge

Calmette'i meetodi väärtus. Heisig F. (*Der Wert der Calmette-Schutzimpfung*). *Deutsche med. Wschr.* 1959, 36, 1620—1625.

Saksamaal hakati alles pärast Teist maailmasõda BCG- vaktsineerimist laialdaselt läbi viima. Peale nahasise kasutatakse mitmiktorkeid Rosenthali järgi, millega vaktsiin viiakse reienahasse 1—3 mm sügavusele 36 terava ogaga varustatud metallistaku abil. Selle meetodiga ei teki abstsesse, mis esinevad vaktsiini nahasise manustamise puhul 9,9% juhtudest. BCG-vaktsiini tarvitamine on ohutu. Maailma literatuuris on toodud 70 miljoni vaktsineeritu kohta 15 nahatuberkuloosi- ja 4 surmajuhtu, mille põhjuseks oli mainitud vaktsiin. See meetod on aga väga efektiivne. Uhes Kopenhaageni koolis haigestus tuberkuloosiepideemia puhangu ajal vaktsineeritute 2 ja vaktsineerimatute 41 (laste arv mõlemas grupis oli võrdne). Ameerika ja Alaska indiaanlaste reservatsioonides suri tuberkuloosi 15. a. kestel 1500-st vaktsineeritust 1—19 a. vanuses 12, samast arvust vaktsineerimatute 65. Berliinis haigestus tuberkuloosi vaktsineerimatute iga teine, vaktsineeritute aga iga 29. laps. Saksa Demokraatlikus Vabariigis oli 1955. a. lõpuks vaktsineeritud 1.081.098 last ja noorukit. Hiljem haigestus 10 000 vaktsineeritust 1,68 a. samast arvust vaktsineerimatute 35,39. Tuberkuloos kulgeb vaktsineeritute hulgas kergemini, meningiiti ei esine. Surmajuhtumeid ei ole täheldatud. Seoses tuberkuloosi haigestumise vähenemisega on mõnedes maades (Rootsi, Holland) kerkinud esile massilise vaktsineerimise asendamine valikulise vaktsinatsiooniga. Need ettepanekud on aga vastuvõetamatud maades, kus suremus tuberkuloosi on kõrge ja kus massiliselt tuleb vaktsineerida mitte üksnes lapsi ja noorukeid, vaid ka täiskasvanuid, sest käesoleval ajal esineb just viimaste hulgas üha rohkem tuberkuloosi esmaseid vorme.

Epiduraalse ja spinaalse anesteesia tüsistused. Almgard L. E. (*Complications of epidural and spinal anesthesia*). *Acta chir. scand.*, 1959, 117, nr. 6, 433—446.

Ühes Rootsi haiglas tehti epiduraalne anesteesia 3500-le inimesele ja seljaaju anesteesia 1904 inimesele. Mõlemat anesteesiat kasutati samade näidustuste puhul. Spinaalse anesteesia puhul kasutati hüperkaiini ja tetrakaiini, epiduraalse anesteesia puhul 1% ksilokaiinilahust (50 ml) epifeeriiniga 1:100 000 või 2% ksilokaiinilahust (20 ml) epifeeriiniga 1:80 000. Opereeriti kõhuõõne- ja genitaalorganeid ning alajäsemeid. Vererõhu langust rohkem kui 50 mm täheldati 16% haigetest (mõlema anesteesia puhul).

Lühiajalisi krampe kohe pärast epiduraalset anesteesiat täheldati 4 haigel: nähtavasti need sõltuvad anesteetikumi sattumisest veresoontesse või subarahnoidaalsse ruumi, kas kiire imendumise või suure hulga tõttu. Iiveldust ja kogu keha tuimustumist täheldati kahel haigel, need nähud on seotud epiduraalse anesteesia sügavusega. Niinimetatud seljaaju täielik blokaad tekkis epiduraalse anesteesia puhul 11 raskesti haigestunud; 5 neist surid. Spinaalse anesteesia puhul esines seljaaju täielik blokaad 5 haigel (2 surid). Pärast epiduraalset anesteesiat esinesid peavalud haiglasoleku ajal 4,9% haigetest, 3,2% isegi pärast haiglast väljakirjutamist; spinaalse anesteesia korral olid vastavad arvud 26% ja 17%. Peavalud esinesid sagedamini sügava anesteesia puhul. Epiduraalse anesteesia tagajärjel esines tuimustunne haiglasviibimise kestel 2,8% haigetest, pärast väljakirjutamist 2,5%-l, valud seljas 3,1%-l ja 2,6%-l, spinaalse anesteesia puhul on vastavad arvud 8,2% ja 5,9% ning 5,8% ja 4,1%.

Anesteesiaga seotud surmajuhtumeid oli vastavalt 0,26% ja 0,53%. Surmaga lõppenud juhtudel oli tegemist raskesti haigetega, kellele mõlemad anesteesialiigid olid riskantsed.

Spinaalne anesteesia kutsus esile täieliku tuimastuse, samal ajal kui epiduraalne anesteesia iseloomustub mittetäieliku teadvuse kaotuse ja lihaste relaksatsiooniga ning eeldab täiendavat valuvaigistavate vahendite — narkotiini ja naerugaasi kasutamist. 1- kuni 2-protsendiline ksilokaiinilahus annab üldise valutustumise efekti, kuid kõigil surmaga lõppenud epiduraalse anesteesia juhtudel kasutati 2-protsendilist lahust (üle 65 a. vanustel haigetel), millest järeldub, et 2-protsendilist ksilokaiinilahust võib kasutada ainult alla 60 a. vanustel haigetel.

Eelnevast järeldub, et spinaalne anesteesia on efektiivsem kui epiduraalne anesteesia; raskeid tüsistusi operatsiooni ajal esineb mõlema anesteesia meetodi puhul peaaegu võrdselt harva, kuid pärast epiduraalset anesteesiat esineb vähem tüsistusi ja peavalusid.

H. Ristlaan

«Fakte invaliidsust ja surma põhjustavatest haigustest Ameerika Ühendriikides (*Facts on the major Killing and crippling diseases in the United States today. National Health Education Committee. 1957. N. Y. 770 p.*). Mainitud teoses toodud andmetest selgub, et südame- ja veresoontehaigustesse suri 1955. a. 826 890 inimest, mis moodustas üle 50% üldsuremusest. Statistika andmetel põeb Ameerika Ühendriikides praegu neid haigusi ligi 10 miljonit inimest. Kui siia juurde arvata veel säärased veresoontehaigused, nagu veenilaiendid, siis tõuseb haigete arv 14 miljonini.

Südame- ja veresoontehaigustesse sureb inimesi 3 korda rohkem kui vähki, 19 korda rohkem kui preumooniatesse ja 53 korda rohkem kui tuberkuloosi. 93% üldsuremusest südame- ja veresoontehaigustesse annavad arterioskleroos ja hüpertoonia.

Teisel kohal surmapõhjusena on vähk (16% üldsuremusest). 1955. a. suri vähki 242 430 ameeriklast. 1953. a. raviti vähki 700 000 haigel, 1957. a. diagnoositi esmast vähki 450 000 juhul.

Ameerika Ühendriikides põeb umbes 16 miljonit inimest mitmesuguseid psüühilisi häireid. Psüühilised häired on oluliselt seotud kuritegevuse, alkoholismi ja narkomaaniaga. Igale aastale pannakse USA-s toime 1 750 000 rasket kuritegu. Registritegitut on 50 000 narkomaani, 3 800 000 alkohoolikut. Ligi 10% ameerika õpilastest on emotsionaalselt tasakaalutud ja vajavad järelevalvet. Umbes 200 000 õpilast vajavad igal aastal psüühilist ravi. Vaimset mahajäämust täheldatakse 4 800 000 täiskasvanul ja lapsel. 1955. a. viibis psühhiaatrilistes haiglates 740 295 inimest (54% statsionaarides ravitud haigete üldarvust).

1956. a. andmetel pödes 11 miljonit inimest vanuses üle 14 aasta artriite ja reumat. Nendest on 218 000 täielikud invaliidid. Ligikaudsete andmete järgi on Ameerika Ühendriikides 2 300 000 invaliidi, kelle arv iga aastaga suureneb 250 000 inimese võrra. Invaliidsuse põhjusteks on 88%-l juhtudest kroonilised haigused, 10% traumatism ja 2% kaasasündinud väärarengud.

P. Rattus

Eesti NSV teeneline arst F. Raudkepp 60-aastane

4. juunil sai 60-aastaseks meie vabariigi peaneuroloog ja peaneurokirurg ENSV teeneline arst Felix Jüri p. R a u d k e p p.

F. Raudkepp algas oma arstlikku tegevust 34 aastat tagasi professor L. Puusepa õpilasena Tartu Ülikooli neuroloogia kliinikus. 13 aastat kestnud töö nimetatud kliiniku assistendi kohal tegi juubilarist kogenud neuroloogi ning iseseisva neurokirurgi. Kliiniku lai profiil, kuhu koondusid igasugused närvahaiged — alates neuroosihageist ja lõpetades peaaegu kasvajatega, ning sellele vastav lai terapeutiline diapasoon — alates hüpnoosist ja lõpetades suurte neurokirurgiliste operatsioonidega; intensiivne teaduslik töö noores ja teadusehimulises arstlikus kollektiivis, mida innustas ja abistas professor L. Puusepa lakkamatu teaduslik energia; lõpuks humanistlik progressiivne õhkkond kliinikus — need olid tegurid, mis kujundasid F. Raudkepi spetsialisti.



1940. aastal, Nõukogude võimu taaskehtestamisel Eestis, asub F. Raudkepp Tallinna, kus ta organiseerib Tallinna Neurokirurgilise Haigla ja saab selle juhatajaks. Nii saab oma alguse neurokirurgiline tegevus Tallinnas.

Saksa okupatsiooni päevil katkeb F. Raudkepi neurokirurgiline tegevus. Neurokirurgiline Haigla likvideeritakse. F. Raudkepp on sunnitud töötama närviarstina ambulatooriumi tingimustes. 1944. aastal avaneb F. Raudkepil teistkordselt võimalus organiseerida Tallinnas Neurokirurgiline Haigla. Alguses pole ta mitte üksnes haigla peaarst, kes tegeleb nii organisatoorsete kui ka meditsiiniliste küsimuste lahendamisega, vaid ka ainus kirurg, kes teeb kõiki neurokirurgilisi operatsioone. F. Raudkepp kogub enda ümber

noori arste, kellest vähehaaval kasvab välja uus neurokirurgiline kaader.

1950. aastal reorganiseeritakse Neurokirurgiline Haigla Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiliseks osakonnaks, mida endiselt jääb juhatama F. Raudkepp. Vabanenud nüüd administratiivsest tegevusest loovutab ta kogu oma aja haigetele. Praktilise töö kõrval jätkab F. Raudkepp oma igapäevaste kogemuste teaduslikku läbitöötamist.

Tartus teostatud uurimistööd kannavad peamiselt kliinilist iseloomu. Muuhulgas kirjeldab F. Raudkepp arsenikaalse polüneuriidi puhul küünte iseloomulikke muutusi, mis maailmakirjanduses kannavad nüüd

F. Raudkepp-Mees'i joonte nimetust. Viimastel aastatel tegeleb F. Raudkepp peamiselt uute neurokirurgiliste meetodite juurutamise alal. Nii pakub ta uut meetodit kraniofarüngeoomi opereerimisel, esimesena vabariigis hakkab ta teostama kolmiknärvi traktotoomiat, teeb katseid peaaegu spontaansete verevalumite kirurgilise ravi alal, rakendab polüetüleendi-oksüüdkiilet kõvakelme plastikaks ja perifeersete närvide ümbritsemiseks nende õmbluste kohal.

F. Raudkepi initsiatiivil luuakse 1950. a. Eesti NSV Neuroloogide ja Psühhiaatrite Selts. F. Raudkepp oli seltsi juhatuse esimene esimees ja töötab praeguseni juhatuse liikmena.

Nõukogude Valitsus ja Kommunistlik Partei on andnud kõrge hinnangu F. Raudkepi tegevusele — 1947. a. nimetati F. Raudkepp Eesti NSV teeneliseks arstiks, 1950. a. saab ta Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja.

Kogenud suurte teadmistega klinitsist, humanne ja laia silmaringiga arst, heatahtlik ja südamluk õpetaja ning kolleeg on F. Raudkepp pälvinud kõige suurema lugupidamise ja armastuse oma õpilaste, kaastöötajate ja haigete hulgas.

A. Chevalier

Dotsent Elmar Siirde 50-aastane

Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia kateedri juhataja, dotsent, arstiteaduse kandidaat Elmar Siirde sündis 22. aprillil 1910. a. Tallinnas, kus ta omandas ka alg- ja keskhariduse Alates 1932. a. õppis ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1938. a. arsti kutsega. Juba üliõpilasena hakkas E. Siirde erilist huvi tundma otorinolarüngoloogia vastu, pärast ülikooli lõpetamist jäi ta töötama kõrva-nina-kurgukliinikusse assistendina.

Pärast Tartu vabastamist saksa fašistidest määrati E. Siirde 1944. a. sügisel Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia kateedri juhataja kohale ja talle omistati dotsendi kutse. Selle kõrval täitis E. Siirde 1944.—1951. a. kõrva-nina-kurgukliiniku peaarsti, 1950.—1952. a. arstiteaduskonna prodekaani ja dekaani ülesandeid.

Dotsent E. Siirde on hinnatud suurepärase arsti, teadlase ja pedagoogina. Temalt on saanud teadmisi kõrva-nina-kurguhaiguste alal üle 1000 noore arsti, ta on kasvatanud üle 30 kõrva-nina-kurguhaiguste eriarsti, kes töötavad praegu Eesti NSV-s.

Juubilar on tuntud kõrva-nina-kurguhaiguste eriala väljapaistva spetsialistina. Tema poole pöörduvad abiotsijad kogu vabariigist kui ka väljastpoolt Eesti NSV piire.

E. Siirde tegeleb intensiivselt teadusliku tööga. Algperioodil olid tema huvi keskpunktiks logopeedilised küsimused.



Prof. E. Saareste juhendamisel valmis E. Siirdel dissertatsioon kokeleajate hingamisliigutuste pneumograafilise uurimise kohta, mille eest cmistati talle arstiteaduse kandidaadi teaduslik kraad. Tema sulest on ilmunud üle 35 teadusliku töö kesk- kui ka kohalikes ajakirjades. Dots. E. Siirde on sageli esinenud ettekannetega Tartu Riikliku Ülikooli teaduslikel sessioonidel, vabariiklikel konverentsidel ja ka väljaspool (Leningradis, Riias). Viimastel aastatel on juubilar pühendunud aeroionisatsiooni uurimisele. Sellel alal on E. Siirdel valmimas doktoridissertatsioon. Tema juhendamisel on valminud 4 kandidaativäitekirja ja 8 üliõpilaste võistlustööd.

E. Siirde on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust elust. Tema inilsia-tiivil asutati 1951. a. Eesti Otorinolarüngoloogide Teaduslik Selts, mille esimeheks on ta seni pidevalt olnud. Dots. E. Siirde on Eesti NSV Tervis-hoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiininõukogu presiidiumi liige, Eesti NSV peaotorinolarüngoloog. Teda on autasustatud 2 medali ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. Dots. E. Siirde on «Suure Arstitea-duse Entsüklopeedia» toimetuse kolleegiumi ja ajakirja «Вестник ото-риноларингологии» redaktsiooninõukogu liige.

Soovime juubilarile edaspidist raugematut tööindu abivajajate tee-nindamisel, arstide kaadri ettevalmistamisel ja rohkete teaduslikekude probleemide lahendamisel.

Kolleegid

115 aastat I. I. Metšnikovi sünnist

15. mail k. a. möödus 115 aastat silmapaistva vene biolcogi, võrdleva patoloogia, evolutsioonilise embrüoloogia, mikrobioloogia ja immunoloogia rajaja Ilja Iljitš Metšnikovi sünnist.

I. Metšnikov lõpetas Harkovi Ülikooli füüsika-matemaatika teadus-ckenna loodusteaduste osakonna 1864. a. ja kaitses 1867. a. magistri ning 1868. a. doktori väitekirja. Alates 1872. a. töötas ligi 10 aastat Novo-rossiiski Ülikoolis zooloogia ja võrdleva anatoomia korralise professorina. Esinedes 1883. a. vene loodusuurijate ja arstide kongressil Odessas, esitas esmakordselt fagotsütoositeooria alused. 1886. a. määrati Venemaa esi-mese Pasteuri jaama juhatajaks. Alates 1888. a. töötas Pariisis Pasteuri Instituudis algul laboratooriumi juhatajana ja hiljem direktori asetäit-jana. 1908. a. määrati I. Metšnikovile Nobeli auhind. Ta oli peaaegu kõigi maailma teaduste akadeemiate, paljude seltside ja instituutide auliikmeks. Vaatamata sellele, et I. Metšnikov töötas ligi 30 aastat välismaal oli ta pidevas kirjavahetuses K. Timirjazevi, I. Setšenovi, I. Pavlovi, D. Mende-lejevi jt. vene väljapaistvate teadlastega. Tema kaasabil said Pasteuri instituudis ettevalmistuse mikrobioloogia alal paljud Venemaalt päri-nevad arstid.

Oma elu viimasel perioodil tegeles I. Metšnikov vanaduse ja surma probleemi uurimisega.

I. Metšnikov suri 15. juulil 1916. a. Pariisis. Urn tema põrmuga paigu-tati Pasteuri instituudi raamatukokku.

H. Pihl

Arstiteaduse kandidaadi väitekirja kaitsmine

20. aprillil kaitses Tartu Riiklikus Ülikoolis arstiteaduse kandidaadi astme saamiseks väitekirja E. V a s a r. Väitekirja teemaks oli «Organismi reaktiivsuse muutusest koliin- ja adrenlüütiliste ainete toimel üldisel jahutamisel». Töö teostati Tartu Riikliku Ülikooli farmakoloogia kateedris. Juhendajaks oli arstiteaduse kandidaat professor G. Kingisepp. Dissertatsioon koosneb 204 masinäkirja leheküljest. Tekstis on 29 tabelit ja 36 joonist. Autor on kasutanud 285 kirjanduslikku allikat, neist 122 kodumaist ja 163 välismaist. Ametlikkudeks oponentideks olid arstiteaduse doktor professor E. K a r u, arstiteaduse kandidaat dotsent H. P e t t e m ja veterinaaria-kandidaat dotsent E. J ü r i s s o n.

Arvulisi andmeid Eesti NSV meditsiinitöötajatest

Võrreldes kodanliku perioodiga on Nõukogude Eestis meditsiinitöötajate arv kasvanud mitmekordseks.

Seisuga 31. detsembril 1959. a. töötas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemi asutustes 2289 arsti, 111 hambaarsti, 7880 keskharidusega meditsiinitöötajat, 451 kõrgema haridusega ja 584 keskharidusega farmatseuti.

Erialade järgi jagunevad arstid meil järgmiselt: terapeutid — 519 (kaasa arvatud füsioterapeutid, infektsionistid), kirurgid — 206 (kaasa arvatud traumatoloogid, ortopeedid, onkoloogid, uroloogid), akušöör-günekoloogid — 140, pediatrid — 292, okulistid — 42, otorinolarüngoloogid — 44, neuropatoloogid — 55, psühhiaatrid — 48, ftisiaatrid — 133, dermato-veneroloogid — 44, röntgenoloogid — 82, stomatoloogid — 233, sanitaar-epideemiatorje grupi arstid — 143 (kaasa arvatud sanitaararstid, epidemioloogid, bakterioloogid, helmintoloogid, desinfektsionistid), nendest sanitaararste — 57, epidemioloogid — 42, bakterioloogid — 37.

Eesti NSV keskharidusega meditsiinitöötajad jagunevad erialade järgi järgmiselt: velskrid — 1432 neist linnades 1025 ja maal 407, velsker-akušöör — 314, ämmaemandad — 528, meditsiiniõed — 3610, laborandid — 363, röntgenitehnikud ja laborandid — 136, hambatehnikud — 125, sanitaararstide ja epidemioloogide abid — 172, desinstruktorid ja desinfektorid — 343.

Aspirantuudid arstiteaduse alal Eesti NSV Teaduste Akadeemias

Järjekindlalt laienev ja süvenev teaduslik uurimistöö Eesti NSV Teaduste Akadeemias nõuab pidevat teadusliku kaadri ettevalmistamist aspirantuuri kaudu. Ka Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikele töötajatele tuleb igal aastal täiendust aspirantuuri lõpetajate näol. See on põhiliseks teeks, mille abil Instituut saab rahuldada aasta-aastalt kasvavat kõrge kvalifikatsiooniga kaadri vajadust.

1960. aastal avatakse Instituudis aspirantuudid järgmistele erialadele: tööhügieen, mikrobioloogia, farmakoloogia, pediatria (pediaater-reumatoloog), kuuortoloogia koos füsioteraapiaga ja radiobioloogia. Ka 1961. aastal on Instituudis aspirantide vastuvõtt planeeritud 7 erialal: tööstustoksikoloogia, professionaalne patoloogia, patoloogiline anatoomia, biokeemia, mikrobioloogia ning üldine viroloogia ja immunoloogia.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslik tegevus hõlmab viit probleemi: tööhügieen ja professionaalne patoloogia Eesti NSV põhitööstusharudes; tuberkuloos; eesti ravimuda ja teiste reumatismi ning reumatoidsete haiguste ravimeetodite toimemehhanismide uurimine; urogenitaaltrakti trihhomoniasis diagnoos, profülaktika ja ravi; profülaktika ja ravimeetodite toimemehhanismid ning efektiivsus kasvajate puhul. Kõik ülalmainitud aspirantuuris ettevalmistatavad spetsialistid on vajalikud nende uurimisprobleemide edasisel lahendamisel ja neid lootab ees avar tööpõld arstiteaduse arendamisel vabariigis.

Valdav osa aspirantidest suunatakse Nõukogude Liidu juhtivate instituutide juurde kus on kindlustatud parimad töötingimused. Näiteks aspirantuur tööhügieeni erialal toimub Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudis, kuurortoloogia ja füsioteraapia erialal NSV Liidu Kuurortoloogia ja Füsioteraapia Keskinstituudis jne. Aspirantuur kestab kolm aastat, mille vältel aspirant omandab vajaliku erialase kvalifikatsiooni, vilumuse teaduslikuks tööks ja kogub materjali kandidaadväitekirjaks.

Aspirantuuri võetakse isikuid kuni 35 aasta vanuses, kellel on vähemalt kaheaastase praktilise töö kogemused (soovitav valitud teaduslikul erialal). Aspirantuuri astujail tuleb sooritada sisseastumiseksamid eriaines, NLKP ajaloo ja ühes võõrkeeles (inglise, saksa, prantsuse või itaalia) kõrgemate õppeasutuste programme ulatuses.

Aspirandid saavad stipendiumi oma senise töötasu suuruses, kuid mitte üle 1000 rubla kuus. Isikud, kes on lubatud aspirantuuri sisseastumise eksamitele, saavad töökohalt puhkust 30 kalendripäeva ulatuses palga säilitamisega.

H. Jänes
arstiteaduse kandidaat
ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituudi teaduslik sekretär

MITMESUGUST

— Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni 1958. a. statistika-aastaraamatus on toodud andmed maailmajagude asustuse tiheduse kohta. Maismaa 1 ruutkilomeetri kohta tuleb maailmas 21 elanikku. Kõige tihedamini asustatud on endiselt Euroopa, kus 1 ruutkilomeetril elab 84 inimest. Asustuse tiheduselt on esikohal Hollandi, kus ühel ruutkilomeetril elab 298 inimest. Sellele järgneb Belgia 295, Suur-Briti 212, Saksa Föderatiivne Vabariik 208, Itaalia 161, Luksemburg 122 ja Prantsusmaa 80 elanikuga 1 ruutkilomeetril.

Vaatamata laialdastele asustamata aladele elab Aasias 1 ruutkilomeetril 57 inimest, Kesk-Ameerikas 22, Põhja-Ameerikas 9, Lõuna-Ameerikas ja Aafrikas 7, Austraalias aga ainult 2 inimest 1 ruutkilomeetril.

— 1954. aastal oli Alžeerias 1855 arsti ehk 1 arst 5137 elaniku kohta. 1931. aastal oli 1 haiglavoodi 720, 1948. a. — 384 ja 1956. a. 295 elaniku kohta. 10 000 elaniku kohta oli 1906. aastal 205 surmajuhtu, 1936. aastal — 151 ja 1954. aastal — 130 surmajuhtu.

— Itaalia valitsus on teinud ettepaneku luua Euroopa Tervishoiu Selts, kes hakkaks tegelema vereplasma vahetamisega (ilma tolliformaalsusteta). Seltsi ülesandeks oleks ka ravimite ja teadlaste vahetamise küsimused.

— Brasiilia indiaanlased on tähele pannud, et kohviubade kõrvetamisel tekivad aarud omavad tugevat bakteritsiidset toimet. Jahvatatud kohvi lisamine munakollasele, hakklihale ja rasvadele aitab vältida või aeglustada nende produktide riknemist.

— Kanadas peetakse kinni järgmisest nakkushaiguste vastu kaitsepookimise graafikust:

Vanus	Immuniseeriv agens
3 kuud	Difteeria, läkaköha ja teetanuse kombineeritud anatoksiin, poliümüeliidivaktsiin (kolm vaktsinatsiooni neljanädalaste vaheaegadega)
kuni 1 aasta	Rõugevaktsiin
12—18 kuud	Difteeria, läkaköha ja teetanuse kombineeritud anatoksiin, poliümüeliidivaktsiin, 1 ml
3-aastaselt	Sama, 1 ml
5-aastaselt	Sama, 1 ml
kuni 15-aastaseni	Rõugevaktsiin
kuni 15-aastaseni	Difteeria ja teetanuse kombineeritud vaktsiin, poliümüeliidivaktsiin, 1 ml
pärast 15 a.	Sama, 0,5 ml

— 1961. a. septembris toimub Prahast neljas rahvusvaheline angioloogiakongress, mille põhitemeadeks on: normaalsete ja patoloogiliselt muutunud arteriseinte biokeemia; ainevahetusprotsessid loomulike ja kunstlike veresoonte siirdistutamise puhul; ainevahetusprotsesside neurohumoraalne reguleerimine arterites; verehüübimise seos arteriseinte seisukorraga; ateroskleroosi ja arteriitide eksperimentaalne patoloogia; ateroskleroosi ja artriitide patofüsioloogia.

— 1959. a. anti Nobeli auhind arstiteaduse alal Ameerika professoritele S. Ochoa'le ja A. Kornberg'ile, kes on teinud märkimisväärsed tööd nukleiinhapete — desoksüribonukleiinhappe ja ribonukleiinhappe sünteesi alal. Keemiliste ja füüsikaliste omaduste poolest vastavad need ained looduslikele nukleiinhapetele, kuid nende bioloogilise toime juures ei täheldata seda aktiivsust, mis on omane nukleiinhappe looduslikele vormidele.

— 19. aprillil s. a. andis Eesti NSV tervishoiu minister käskkirja nr. 80, mille kohaselt antakse alates 20. aprillist 1960. a. Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu alluvusse Pärnu Kuurordi sanatooriumid nr. 1, 2 ja 3, kus on talvel 870 ja suvel 910 voodikohta, Haapsalu sanatoorium (talvel 165 ja suvel 200 voodikohaga). Peale selle lähivad Ametiühingute Nõukogu alluvusse Võsu puhkekodu 600 kohaga ja Laulasmaa puhkekodu 175 kohaga, mis töötavad ainult suvel, ning Kalevi puhkekodu, kus suvel on 125 ja talvel 115 kohta.

— Käesoleva aasta augustikuus möödub 40 aastat ajakirja «Клиническая Медицина» esimese numbril ilmumisest. Selle aja jooksul on mainitud ajakiri teinud suure töö nõukogude arstiteaduse arendamise, meditsiinkaadri ettevalmistamise ja tervishoiu ehitamise alal Nõukogude Liidus.

— Tbilisi Meditsiiniinstituudi ja Gruusia NSV Teaduste Akadeemia väljaandel ilmus 1959. a. «Иллюстрации Gruusia meditsiini ajaloo juurde», mis on täienduseks 1956. ja 1957. a. ilmunud arstiteaduse ajaloo III köite esimesele ja teisele raamatule. Möödunud aastal ilmunud teos toob illustratiivseid materjale Gruusia rikkaliku ja mitmekesise meditsiinkultuuri kohta III ja II aastatuhandest enne meie ajaarvamist. Arheoloogilistel kaevamistel on leitud kirurgilisi instrumente, mis näitavad, et Gruusias on juba ammu tehtud sääraseid keerukaid operatsioone, nagu kolju trepanatsioon. Illustratsioonina tuuakse trepaneeritud kolju foto.

Illustratsioonid arheoloogilistel kaevamistel saadud materjalidest näitavad ka, et Gruusias on olnud veevärk, saunad ja kanalisatsioon juba meie ajaarvamise algul. On leitud ka hulgaliselt klaasnõusid, väikesi kaalukesi, müüstreid jne., mida nähtavasti kasutati rohtude valmistamisel. Juba III sajandil m. a. avati Kolhiida Akadeemia, mis oli kuulus ka kaugel väljaspool Gruusiat. Õppetöö toimus akadeemias ja haiglates.

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

A. NORDBERG — Maaelanikkonna meditsiinilis-sanitaarsest teenindamisest Nõukogude võimu aastatel Eestis	3	A. НОРДБЕРГ — Медико-санитарное обслуживание сельского населения за годы Советской власти в Эстонии	3
A. GUNTER — Arstiteaduse arengust vabariigis	7	A. ГУНТЕР — О развитии медицинской науки в республике	7
A. LINKBERG — Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna tegevus ajavahemikul 1940—1960.	12	A. ЛИНКБЕРГ — О деятельности медицинского факультета Тартуского государственного университета за 1940—1960 гг.	12
L. SOSTAK — Eesti NSV kirurgia-teenistuse 20. aastapäevaks	17	Л. ШОСТАК — К двадцатилетию хирургической службы в Эстонской ССР	17
Arstiteaduse teooria ja praktika		Теория и практика медицины	
H. PIHL — Soolteinfektsioonide uurimisest Eesti NSV-s	21	X. ПИХЛ — Об исследовании кишечных инфекций в Эстонской ССР	21
J. LOGINOVA ja F. ARNEMAN — Viljandi ja Rapla rajooni elanikkonna meditsiinilise teenindamise uurimisest	23	E. ЛОГИНОВА и Ф. АРНЕМАН — Об обследовании медицинского обслуживания населения районов Вильянди и Рапла	28
K. PÖDER, E. LIIV ja E. KIVI-VARE — Ranglumurdude operatiivsest ravist	33	K. ПЫДЕР, Э. ЛИЙВ и Э. КИВИВАРЕ — Об оперативном лечении переломов ключицы	33
G. ARRO, L. KERES, U. PODAR, F. SIIRDE ja V. SÄRGAVA — Imikuea ootamtriidi probleemist	37	Г. АРРО, Л. КЕРЕС, У. ПОДАР, Э. СИЙРДЕ и В. СЯРГАВА — О проблеме отогнригов у детей грудного возраста	37

N. SACHRIS — Jämesoole limaskesta reljeefi uurimismetoodikast	42
A. KIVIK — Kaasaegse anestesioloogia probleeme	45
A. TUCH — Seljaaju anesteesiast	51
L. LUTS — Insultide ravist eufülliiniga	54
A. KUKLINOV — Põllumajanduslikest mürgainetest põhjustatud mürgistuste karakteristik ja profülaktika	59
B. SCHAMARDIN — «Metallipalaviku» juhtum	63

Arstiteaduse ajaloost

G. KINGISEPP — Sada aastat kokaiini	55
---	----

Konverentsid ja nõupidamised

R. SILLA — Koolihügieeni konverents Moskvast	68
A. MARDNA — Valgevene NSV II terapeutide kongress	63
H. ROOTS — Poliümüeliidiprobleemi vabariiklik konverents	69
REFERAADID	72

Tähtpäevi

F. Raudkepp 60-aastane	74
Dotsent Elmar Siirde 50 aastane	75
KROONIKA	77
MITMESUGUST	78

H. САХРИС — О методике исследования рельефа слизистой толстой кишки	42
A. КИВИК — Проблемы современной анестезиологии	45
A. ТУХ — О спинномозговой анестезии	51
Л. ЛУТС — Лечение инсультов эуфилином	54
A. КУКЛИНОВ — О характеристике и профилактике отравлений ядохимикатами, применяемыми в сельском хозяйстве	59
Б. ШАМАРДИН — Случай «литейной лихорадки»	63

История медицины

Г. КИНГИСЕПП — Сто лет кокаина	65
--	----

Конференции и совещания

Р. СИЛТА — Конференция по школьной гигиене в Москве	68
A. МАРДНА — II съезд терапевтов Белорусской ССР	68
X. РООТС — Республиканская конференция по проблеме полиомиелита	69
Р е ф е р а т ы	72

Юбилейные даты

60 лет со дня рождения Ф. Рaudкеппа	74
50 лет со дня рождения доцента Эльмара Сийрде	75
Х р о н и к а	77
Р а з н о е	78

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

F. Arnemann, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.

4
*Julix
August*

3. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS

TALLINN 1960

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“

Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 4. VI 1960. Trükkimisele antud 9. VII 1960. Trükiarv 2700. Paber 70×108 1/4. Trüki
poognaid 5 + 3 kleeblst. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspognaid 7,3. Tellimise
nr. 5397. MB 657C6.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19.

Hind 4 rubla.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

20 AASTAT NÕUKOGUDE TERVISHOITU EESTIS

A. Goldberg,

Eesti NSV tervishoiu minister

On möödunud 20 aastat ajast, mil Eesti tööliklass Kommunistliku partei juhtimisel 1940. aastal kukutas vihatud kapitalistliku korra ja saavutas ajaloolise võidu, kehtestades Nõukogude võimu.

Täitus Eesti töörahva ammune unistus vabast ja õnnelikust elust. Pärast Nõukogude võimu kehtestamist algas aktiivne loominguine töö sotsialismi ehitamiseks. Möödunud 20 aasta jooksul saavutati Eestis tähelepanuväärivat edu kõikidel majanduse ja kultuurilise ülesehitustöö aladel.

Selle aja jooksul on vabariigis loodud tähelepanuvääriv tööstus: põlevkivi, keemia, masinaehitus, tekstiilitööstus ja palju teisi tööstusharusid. Märkimisväärsed edu on saavutanud ka põllumajandus, mis areneb sotsialistlikel alustel. Eesti tööstus annab käesoleval ajal 10 korda rohkem toodangut kui 1940., s. o. kodanluse viimasel võimuloleku aastal.

Enneolematu arengu sai vormilt rahvuslik ja sisult sotsialistlik kultuur.

Nõukogude võim lõi erakordsed tingimused teaduse arenemiseks Eestis. 1946. a. loodi Eesti NSV Teaduste Akadeemia. Mitmed teaduslikud instituudid töötavad rohkearvuliste aktuaalsete rahvamajanduse ja kultuuri ning tervishoiu probleemide lahendamisel. Avanesid kõrgemate ja keskkõppeasutuste uksed tööliste, kolhoosnike ja töötava intelligentsi lastele. Rööbiti rahvamajanduse ja kultuuri kasvuga Eestis toimusid suured muutused ka rahva tervishoiu alal. Esmakordselt oli arstiabi elanikkonnale maksuta, kõigile kättesaadav ja kvalifitseeritud.

Arstiabikorraldus kodanlikus Eestis oli rajatud eraomanduslikele põhimõtetele, tasuline arstiabi oligi teenimise ja üksikute arstide rikastumise allikaks. Elanikkond sai arstiabi peamiselt ainult tasu eest erapraktikaga tegelevatelt arstidelt, kes avasid oma asutusi seal, kus võis rohkem sissetulekut saada.

Enamik arste töötas Tallinnas ja Tartus. Nendes kahes linnas oli arste rohkem kui ülejäänud vabariigi territooriumil. Haiglaid oli vähe ja needki ainult linnades.

Ambulatooriumide ja polikliinikute võrk oli puudulik. Kodanlikus Eestis ei olnud riiklikku laste- ja emadekaitset, puudusid sanitaar-epideemiatorje asutused.

Rasked elu- ja töötingimused, üldkättesaadava arstiabi puudumine, töörahva armutu ekspluateerimine kodanlikus Eestis viisid elanikkonna tervisliku seisukorra näitajate halvenemisele.

Aastast-aastasse tõusis haigestumus ja suremus, sündimus langes pidevalt, laste suremus oli kõrge, elanikkonna loomulik iive oli negatiivne. Kodanliku statistika ametlike andmete põhjal 1928. a. kuni 1939. a. suurenes haigestumus tuberkuloosi ja nakkushaigustesse 8,5%, suremus aga tõusis 20,7%. Sel perioodil oli kõrge ka enesetapmist arv.

1940. aasta oli pöördelaastaks kõikidel eesti rahva elualadel, sealhulgas ka tervishoiu alal, mis võttis nüüd profülaktilise suuna.

Nõukogude võimu kehtestamise esimestest päevadest alates rakendati abinõusid elanikkonna tervise kaitseks. Tervishoiuasutused ja apteegid natsionaliseeriti, meditsiinasutuste võrku hakati laiendama. Arstide kaader paigutati ümber vastavalt elanikkonna vajadustele.

Tänu partei ja valitsuse hoolitsusele organiseeriti lühikese ajaga ambulatooriumide ja polikliinikute võrk, rakendati elanikkonna teenindamisel jaoskondlikkuse printsiipi, loodi tervishoiupunktid, tuberkuloosi ning naha- ja suguhaiguste dispanserid, laste- ja naistenõuandlad, lastesõimed, sanitaar-epidemioloogia jaamad ja teised meditsiinasutused, mida kodanlikus Eestis ei olnud.

22. juunil 1941. aastal katkes nõukogude, sealhulgas ka eesti rahva ülesehitav töö fašistliku Saksamaa kallaletungi tõttu Nõukogude Liidule. Eesti NSV okupeeriti ajutiselt vaenlase poolt. Saksa fašistlik okupatsioon tekitas tohutut kahju vabariigi rahvamajandusele, sealhulgas ka tervishoiule. Okupandid lõhkusid lühikese ajaga kõik selle, mis Nõukogude võim oli tervishoiu alal loonud.

Pärast Eesti okupatsioonist vabastamist algas suur töö sõja tagajärgede likvideerimiseks ja ka tervishoiuvõrgu taastamiseks.

Tänu abile, mida osutasid teised vennasvabariigid ja esmajoones suur vene rahvas, oli juba 1945. aastaks põhiliselt taastatud sõjaeelne tervishoiuvõrk ja tunduval määral parandatud elanikkonna meditsiinilist teenindamist.

Nõukogude tervishoiu 20-aastase olemasolu jooksul on saavutatud tähelepanndavat edu tervishoiuasutuste võrgu arendamise ja elanikkonna teenindamise alal. Esitame ainult mõned andmed. Näiteks haiglate arv vabariigis suurenes 20 aasta jooksul 3,5 korda: 1940. aastal oli vabariigis 58 haiglat, 1960. aastal aga 225. 1940. aastal oli voodikohti 5100, praegu — 11200, s. o. 2,2 korda rohkem. Peale selle on veel 1250 sanatoorset voodikohta tuberkuloosihaigetele.

Arstide kaader suurenes vabariigis selle perioodi jooksul 3 korda. Nii oli 1940. aastal enne nõukogude võimu kehtestamist 10 000 el. kohta 7 arsti, praegu on 10 000 el. kohta 21 arsti. Keskharidusega meditsiinitöötajate arv on suurenenud rohkem kui 6 korda.

Tähelepanndav on tervishoiu eelarve kasvamine sõjajärgsetel aastatel. 1945. aastal assigneeriti vabariigi tervishoiu korraldamiseks 51,9 miljonit rubla, 1955. aastal — 194,5 miljonit rubla, 1960. aastal aga 301 miljonit rubla.

Vabariigis on kasvanud uued tööstuslinnad koos arenenud tervishoiuvõrguga, näitena võiks tuua Kohtla-Järve linna.

Kohtla-Järve linn oli kodanlikul ajal väike alev. Halva ilmaga oli seal läbipääsmatu pori, kuiva ilmaga aga tolm ja suits. Kaevurite jaoks oli seal 7 voodikohaga haigla ja ainult 1 arst. Nüüd on see sotsialistlik linn otstarbekalt planeeritud tänavatega, kanalisatsiooniga, veevärgiga ja roheliste puiesteedega. Praegu on Kohtla-Järvel haiglad, polikliinikud, sanitaar-epidemioloogia jaam, lastesõimed, sanatoorium ja tervishoiupunktid. Haiglates on voodikohti üle 400, seitseaastaku lõpuks suureneb voodikohtade arv 535-ni. Uuesti on üles ehitatud Narva linn ilusate majadega, heakorrasstatud tänavatega ja sotsiaal-kultuuriliste asutustega, haiglatega, polikliinikutega ning paljude teiste meditsiinasutustega. Peale ülalmainitu on rajatud veel palju teisi linna ja tööstuskeskusi.

Nõukogude võimu 20 aasta jooksul on vabariigis loodud palju spetsialiseeritud ravi- ja profülaktikaasutusi, Vabariiklik Struumatõrje Dispanser, kaks onkoloogia dispanseri, kus on 160 voodikohta jt. asutusi.

Kodanlikus Eestis oli (professor K. Schlossmanni andmetel) iga 50 inimese kohta 1, kes põdes tuberkuloosi aktiivset vormi ja umbes üks neljandik kõikidest surnutest surid tuberkuloosi tagajärjel. Riiklikku võitlust tuberkuloosi vastu aga ei peetud. Kogu töö sel alal toimus ühis-

kondliku heategevuse korras ja seda juhtis Tuberkuloosi Vastu Võitlemise Liit. Reaalset kasu ei suutnud aga nii heategevus kui ka liit haigetele tuua. Alates 1945. aastast, pärast okupantide väljakihutamist, algas edukas pealetung sellele sotsiaalsele pahele. Praegu on vabariigis laialdane tuberkuloositõrje asutuste võrk. Iga tuberkuloositõrje dispanseri juures on statsionaarne osakond, röntgenikabinetid, kliinilised laboratooriumid. Rajoonihaiglate juures on tuberkuloosi dispanserite osakonnad, peale selle on olemas tuberkuloosahaiglad, iseseisvad linnahaiglad täiskasvanutele, üks kopsukirurgiahaigla Tallinnas koos meningiidiosakonnaga ja laste tuberkuloosahaigla, voodikohtade üldarvuga 1185. Maal on neli tuberkuloosihaiglat 135 voodikohaga, mida kasutatakse peamiselt krooniliste tuberkuloosahaigete ravimiseks ja isoleerimiseks.

Sanatooriumikohti tuberkuloosahaigetele on 1250. Praegu töötab Tervishoiu Ministeeriumi asutustes 230 arsti-ftisiaatrit.

Nõukogude arstiteaduse uusimate saavutuste laialdase rakendamise tõttu on paranenud diagnostika ja tuberkuloosahaigete ravimine. Laialdaselt rakendatakse tuberkuloosi uusimaid ravimeetodeid, kaasa arvatud ka kopsutuberkuloosi kirurgiline ravimine. Alates 1949. a. teostatakse vabariigis kõigi vastsündinute kohustuslikku tuberkuloosivastast vaktsineerimist.

Selline kompleksne võitlus tuberkuloosiga on andnud ka tulemusi. Esmane haigestumine väheneb pidevalt, tugevasti on langenud suremus tuberkuloosi (umbes 10 korda).

20 aasta jooksul on toimunud suguhaigustesse haigestumise järsk langus. Näiteks süüfilise värsketesse vormidesse haigestumist viimase 5 aasta jooksul peaaegu ei esinenud, haigestumine gonorröasse vähenes rohkem kui 10 korda.

Viimasel ajal tehakse suurt profülaktilist tööd poliomüeliiti haigestumise vähendamiseks ja likvideerimiseks. 1959. aastal pärast suurearvulist vaktsineerimist (üle 700 000 inimese) õnnestus järsult haigestumist vähendada. Seda tänuväärset tööd jätkatakse edukalt.

Käesoleva kirjutuse raamesse ei mahu kõikide Nõukogude tervishoiu saavutuste loetelu meie vabariigis 20 aasta jooksul.

Kuid meie kõige suuremaks saavutuseks tuleb pidada selle kaadri tohutut vaimset ja moraalset kasvu, kes töötab meie vabariigi tervishoiu alal. Kannatlik ja visa kasvatustöö, mida on teostanud vabariigi partei ja nõukogude organid, Nõukogude võimu enese suur ümberkujundav mõju, kõik see on soodsalt mõjutanud uute spetsialistide tärkamist, kes on nõus andma kõik oma jõud rahva ja kodumaa teenimisele. Nüüd on Eestis palju arste, kes suure armastusega suhtuvad neile usaldatud ülesannetesse ja oma kohustustesse.

Mainime siin ainult mõnede nimesid, olgugi, et selliseid arste on meil veel palju. Suurt austust rahva hulgas on pälvinud Tallinna linna peakirurg B. Äniline, dotsent E. Raudam — Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia kateedri juhataja, Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri peaarst V. Paškov, arst S. Lepp — Pühajärve maa-arstijaoskonna juhataja, L. Kabel — Kohila jaoskonnahaigla juhataja, Elva haigla peaarst H. Järv ja palju, palju teisi suurepäraseid arste ning keskharidusega meditsiinitöötajaid.

Valitsus hindab kõrgelt meditsiinitöötajate tööd, 25 arsti on saanud vabariigi teenelise arsti aunimetuse. 220 arsti ja keskharidusega meditsiinitöötajat on autasustatud Nõukogude Liidu ordenite ja medalitega ning Eesti NSV Ülemnõukogu aukirjadega. 255 meditsiinitöötajat on autasustatud rinnamärgiga «Eesrindlik tervishoiutöötaja». Mitmesajale meditsiinitöötajale on avaldatud tänu Tervishoiu Ministeeriumi poolt.

Nõukogude võimu ajal on vabariigis tekkinud teaduslik kaader, kes on võimeline ja hästi ette valmistatud rea printsiipiaalsete teadus-

likkude ja praktiliste probleemide lahendamiseks eesrindliku teaduse tasemel. Vabariikliku teadusliku uurimistöö plaani täidavad 149 teaduslikku töötajat ja 198 tegelikku arsti. Neid on vaja relvastada kaasaegsete uurimismeetoditega, abistada vajalike seadistega. Arstiteaduse edasiarendamiseks vabariigis, kohaliku patoloogia küsimuste uurimiseks, arstiteaduse saavutuste laialdaseks praktikasse juurutamiseks raviasutustes ja arstide kaadri täiendamiseks on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile tehtud ülesandeks 1962. aasta jooksul organiseerida Tallinnas Vabariikliku Haigla baasil teaduslik-praktiline instituut kirurgia ja sisehaiguste alal.

Meie saavutused 20 aasta jooksul on suured, kuid perspektiivid on veel avaramad. NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu poolt vastu võetud määrus «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» seadis partei, nõukogude ja ametiühingute organisatsioonide ette uued ülesanded elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervise kaitse parandamiseks.

Kooskõlas ülalmainitud määrusega on välja töötatud abinõud seitse-aastaku jooksul uute tervishoiuasutuste ehitamiseks. EKP Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu poolt kinnitatud plaani järgi tuleb seitsme aasta jooksul avada 3310 uut haiglavoodi ja sünnitusvoodi kohta, kusjuures 2600 uute ehitamise arvel ja 700 voodikohta nõukogude, majanduslike koöperatiivide, ühiskondlike organisatsioonide, kolhooside jt. kasutusest vabanevate ruumide ümberkohandamise teel meditsiinasutusteks.

Palju raviasutusi ehitatakse Tallinnas, sealhulgas uus Vabariiklik Onkoloogia Dispanser 150 voodikohaga ja spetsiaalosalakondadega, kus saab rakendada kõiki uusimaid arstiteaduse saavutusi. Ehitatakse tuberkuloosihaglale uus korpus 100 voodikohaga ja palju teisi spetsiaalseid ravi- ja profülaktikaasutusi.

Tartus algab uue 300 voodikohaga kliinilise haigla ehitamine. Uusi ravi ja profülaktikaasutusi ehitatakse ka teistes linnades ja rajoonides, näiteks: Narvas, Viljandis, Võrus, Jõhvis, Rakveres ja paljudes teistes rajoonides. Uued suured haiglad hakkavad teenindama ka teisi rajoone, kus veel ei ole võimalik organiseerida kõiki spetsialiseeritud abi liike.

Elu ise nõuab suurte rajoonidevaheliste spetsialiseeritud haiglate ehitamist. See on uueks etapiks tervishoiu korraldamisel maal.

Miljoneid ja miljoneid rublasid kulutatakse Eestis lähemate aastate jooksul tervishoiu tarvidusteks ja keskkonna tervistamiseks, milles elavad ja töötavad nõukogude inimesed. Paranevad korteriolud, sest elamuehitus on partei ja nõukogude organite tähelepanu keskpunktis. Asulate heakoristus ja haljastamine, kaupluste ja sööklate kindlustamine mitmekesiste ja kõrgevaliteediliste toiduainetega, tööstusettevõtetes soodsate ja tervislike töötingimuste loomine, tööpäeva lühendamine 6—7 tunnini, maksude kaotamine ja teised abinõud, mis on suunatud nõukogude inimese elu parandamiseks — selline on tee, mille on omaks võtnud partei.

Eesti meditsiinitöötajad mõistavad oma suurt ja austavat ülesannet, nad püüavad tõkestada teed haigustele, vabastada inimest haigustest ja seega pikendada elu ning säilitada sügava vanaduseni õnnelikku tervise ja vaimse ning füüsilise täisväärtuslikkuse tunnet.

Selles humaanses püüdluses toetub nõukogude arstiteadus meie partei ja riigi abile, kes on seadnud oma eesmärgiks tõsta järsult kogu nõukogude rahva heaolu ja kultuuri.

Nõukogude inimesed, sealhulgas ka meditsiinitöötajad, kellel on mees raske minevik, hindavad veel rohkem käesolevat suurepärase elu, täisväärtuslikku ja vaba, rikat ja ilusat, vabade inimeste elu vabal sotsialismimaal.

20 лет Советского здравоохранения в Эстонии

А. Гольдберг

Резюме

За двадцатилетие Советской Эстонии большое развитие получили все отрасли социалистического народного хозяйства республики. Коренные изменения произошли в системе народного здравоохранения. Впервые в жизни эстонского народа медицинская помощь стала бесплатной, общедоступной и квалифицированной как для городского, так и сельского населения. В республике введен участковый принцип медико-санитарного обслуживания, созданы здравпункты, туберкулезные и кожно-венерологические диспансеры, детские и женские консультации, детские ясли, санитарно-эпидемиологические станции и ряд других медицинских учреждений, которых в буржуазной Эстонии не было.

За прошедшие 20 лет достигнуты неоспоримые успехи в развитии сети учреждений здравоохранения, в оказании медицинской помощи населению республики. Значительно увеличилось количество учреждений и коек в них. Если в 1940 году по республике имелось 58 больниц с 5100 койками, то в 1960 году насчитывается уже 225 больничных учреждений с 11200 койками. Кроме этого, имеется еще 1250 санаторных коек для больных туберкулезом.

Значительно выросли медицинские кадры республики — в 1960 году на 10000 населения имеется 21 врач против 7 в 1940 году. Средний медицинский персонал увеличился более чем в 6 раз.

Значительно увеличились бюджетные ассигнования на здравоохранение: в 1945 году было ассигновано 51,9 миллиона рублей, в 1955 году — 194,5 млн. рублей, а на 1960 год — 301 млн. рублей.

Благодаря предпринятым широким противотуберкулезным мероприятиям в республике достигнуты большие успехи в борьбе с этим тяжелым заболеванием. Первичная заболеваемость туберкулезом за последние годы неуклонно снижается, примерно в 10 раз снизилась смертность.

Резко уменьшились венерические заболевания, почти не встречаются больные с свежими формами сифилиса, заболеваемость гонореей снизилась более чем в 10 раз.

Замечательным достижением за 20 лет Советской власти является огромный духовный и моральный рост медицинских кадров. В системе здравоохранения имеется 25 заслуженных врачей республики, 220 врачей и средних медицинских работников награждены орденами и медалями Советского Союза и Почетными грамотами Верховного Совета ЭССР, 255 медицинских работников награждены значком «Отличник здравоохранения».

Республиканский план научно-исследовательских работ по медицине выполняют 149 научных работников и 198 практических врачей.

В соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров Союза ССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения» органами здравоохранения республики разработаны мероприятия на семилетку по строительству новых лечебных учреждений. В плане, утвержденном ЦК КП и Советом Министров Эстонии, за семь лет должно быть развернуто 3310 новых больничных и родильных коек. Ряд лечебных учреждений будет построен в г. Таллине, начнется строительство новой клинической больницы на 300 коек в г. Тарту. Новые лечебно-профилактические учреждения будут построены и в других городах и районах республики. Жизнь подсказывает необходимость создания крупных межрайонных больниц со специализированной медицинской помощью, что явится новым этапом в развитии здравоохранения на селе.

Медицинские работники Советской Эстонии, несомненно, с полным достоинством выполняют стоящие перед ними почетные задачи по дальнейшему повышению их квалификации, резкому улучшению медико-санитарного обслуживания как городского, так и сельского населения

Sanitaar-epidemioloogiategenistuse arenemine Eesti NSV-s

K. Vassiljeva,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog

Nõukogude Liidus osutatakse erakordset tähelepanu elanikkonna tervishoiule. Meie meditsiinile omase profülaktilise suuna avangardis seisab sanitaar-epidemioloogiategenistus.

Kodanlikus Eestis sanitaar-epidemioloogiategenistust üldse ei olnud ja seda hakati looma alles pärast Nõukogude võimu taaskehtestamist 1940. a.

1940. aasta jooksul ja 1941. aasta algul organiseeriti ja töötasid rida sanitaar-epidemioloogia jaamu linnades ja mitmes maakonnas. Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi koosseisus töötas epidemioloogia valitsus ning riiklik sanitaarinspeksioon.

Saabunud rasked okupatsiooniaastad aga katkestasid alustatud töö. Fašistlikud okupandid ei teostanud mingeid profülaktilisi ega epideemiatorje üritusi elanikkonna hulgas, veel halvem, nad isegi hävitasid kogu alustatud töö.

Haigestumus tõusis järsult, arstiabi oli raske saada, nakkushaigused, nagu difteeria, kõhu- ja tähniline tüüfus ning teised, hakkasid laialdaselt levima. Sanitaarne olukord linnades ja asulates halvenes. Sõjategevuse tagajärjel hävinesid täiesti mõned linnad, nagu näiteks Narva, mille elanikkond jäi ilma peavarjuta.

Pärast okupantidest vabastamist algas rahvamajanduse ja nõukogude tervishoiusüsteemi taastamine raskes sanitaar-epidemioloogilises olukorras.

Lühikese ajaga 1944.—1945. a. avati uuesti 9 sanitaar-epidemioloogia jaama, mille juures hakkasid töötama bakterioloogialaboratooriumid ja desinfektsioonipunktid. Neil aastatel töötas Eesti NSV territooriumil ka mitu ajutist epideemiatorje salka.

1945. aasta lõpul töötas vabariigis juba 14 sanitaar-epidemioloogia jaama, sealhulgas Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam, 18 iseseisvat desinfektsioonipunkti, 25 toidukontrollpunkti. Loodi Vabariiklik Malaaria-jaam ja Pasteuri jaam. 1948. aastal taastati Tartus seroloogia instituut, mis 1949. a. kujundati ümber Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudiks. Hiljem viidi instituut üle Tallinna ja reorganiseeriti Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudiks.

Täiendava kaadri saamise ja materiaalsete võimaluste paranemisega lõpetati põhiline organisatsiooniline töö sanitaar-epidemioloogiategenistuse loomise alal 1949. aastaks. Seega oli meil vennasvabariikide kogemuste põhjal loodud korrapärane süsteem, mis koosnes vabariigi peasanitaarinspeksioonist ja 17 linna- ja rajooni sanitaarinspeksioonist, Tervishoiu Ministeeriumi epideemiatorje valitsusest, ühest vabariiklikust, 5 linna ja 11 maakonna sanitaar-epidemioloogia jaamast. Iseseisvad desinfektsioonipunktid likvideeriti ja sanitaar-epidemioloogia jaamade koosseisu loodi desinfektsiooni osakonnad. Samuti likvideeriti iseseisvad Pasteuri jaamad, kusjuures nende mõned funktsioonid pandi Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama antiraabilisele osakonnale.

1949.—1950. a. korraldati ümber sanitaar-epidemioloogiategenistuse töö kogu vabariigis. See oli oluline suurema tähelepanu osutamiseks vältilale kontrollile, mis omas erilist tähtsust sõja ajal purustatud rahvamajanduse taastamise perioodil.

Reformiga olid ette nähtud ülesanded sanitaarjärelevalve alal, kusjuures riiklik sanitaarinspeksioon hakkas teostama vältivat kontrolli õhu,

pinnase ja vee kaitsmiseks reostamise eest, kontrollima sanitaarhügieeniliste normide ja nõuete täitmist tööstusettevõtete planeerimisel, ehitamisel ja rekonstrueerimisel kui ka esmakordselt väljatöötatavate riiklike standardite ja bakteripreparaatide kvaliteeti.

Jooksev sanitaarkontroll anti üle sanitaar-epidemioloogiateenistusele. Uutel alustel korraldati ümber ka vabariigi sanitaar-epidemioloogiateenistus. Tervishoiu Ministeeriumi aparaadis loodi sanitaar-epidemioloogia valitsus, millele allutati sanitaar-epidemioloogia jaamad; riiklik sanitaarinspeksioon jäi alles ainult vabariikliku alluvusega linnades ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi koosseisus.

Seoses administratiivse jaotuse muutmisega ja 1950. aastal toimunud rajoneerimisega jagati vabariigi territoorium 39 rajooniks senise 11 maakonna asemel; seoses sellega tuli uutes rajoonides avada 28 uut sanitaar-epidemioloogia jaama. 1954. aastal hakati ehitama uusi hooneid mitmele sanitaar-epidemioloogia jaamale, milledest 1960. aastaks anti ekspluatatsiooni 6 hoonet.

Riikliku sanitaarinspeksiooni ja sanitaar-epidemioloogia jaamade reform viis antud olukorras selleni, et riikliku sanitaarinspeksiooni vähendatud koosseis ei suutnud pidevalt kontrollida ehituse protsessi, puudus sanitaarkontrolli pidevus ja igakülgse vältiva sanitaarkontrolli läbiviimisel pidi riiklik sanitaarinspeksioon toetuma sanitaar-epidemioloogia jaamadele. Sellest lähtudes kerkis juba 1953. aastal üles jooksva ja vältiva sanitaarkontrolli ühendamise küsimus, mis lahendatigi 1954. aastal.

Seega jäi ainsaks sanitaarjärelevalve asutuseks sanitaar-epidemioloogia jaam, mille peaarst on ühtlasi ka riigi sanitaarinspektor, kes tagab kõik sanitaarjärelevalve funktsioonid talle alluvas linnas või rajoonis. 1956.—1957. a. tõsteti reas Vene NFSV, Moldaavia ja teiste vabariikide linnades üles küsimus rajoonide tervishoiuosakondade ja rajoonihaiglate ning sanitaar-epidemioloogia jaamade ühendamise kohta.

Lähtudes sellest, et rajooni suurimaks meditsiinasutuseks on haigla, oli otstarbekohane koondada tervishoiuala juhtimine rajoonis ühte keskusse, pannes tervishoiuosakonna juhataja funktsioonid rajoonihaigla peaarstile ja liites sanitaar-epidemioloogia jaama haiglaga sanitaar-epidemioloogia osakonnana, mida juhatab rajoonihaigla peaarsti asetäitja sanitaar-epidemioloogia küsimuste alal.

Arvestades teiste vabariikide positiivseid kogemusi, liideti Eesti NSV-s 1958. aastal osa sanitaar-epidemioloogia jaamu rajoonihaiglatega ja likvideeriti 27 rajoonis (vana administratiivse jaotuse järgi) rajooni tervishoiuosakonnad.

Seniste töötulemuste põhjal võib öelda, et säärane samm oli õigustatud, sest see soodustas ühtset jõudude koondamist võitluseks haigestumise vähendamisega, elanike paremaks meditsiiniliseks teenindamiseks ning töö- ja elutingimuste parandamiseks.

Positiivsete tulemuste kõrval esineb veel mõnes rajoonis laialdaste profülaktiliste ürituste kompleksi alahindamist, mõnedel juhtudel vähendatakse rajoonihaiglate laboratooriumide profülaktilist tööd kliiniliste uuringutega ülekoormamise tõttu, sest uue struktuuri järgi ei kuulu laboratooriumid haigla sanitaar-epidemioloogia osakondade koosseisu. Arvestades rajoonihaiglates ravil viibivate haigete laboratoorse uurimise tähtsust, oleks võib-olla otstarbekohasem laboratooriumi bakterioloogiline osakond allutada rajoonihaigla sanitaar-epidemioloogia osakonnale, kes kasutaks seda profülaktilisteks uurimisteks. Mõnel pool on ravi- ja profülaktikaasutuste ühendamine soodustanud sanitaar-epidemioloogia jaamade arstide lülitamist ravitööle, mille tõttu nende otsene töö on jäänud tahaplaanile. Lühiajalised kogemused uutes tingimustes ei luba veel teha lõplikke kokkuvõtteid. Töökogemusi ühendatud sanitaar-epidemioloogia

jaama ja rajoonihaigla tingimustes on tarvis edaspidigi põhjalikult uurida. Pärast reorganiseerimist ja maarajoonide liitmist töötavad vabariigis käsoleval ajal Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam, 15 linna ja rajooni sanitaar-epidemioloogia jaama ja 14 rajoonihaigla sanitaar-epidemioloogia osakonda.

20 aasta jooksul on muutunud ka vabariigi sanitaar-epidemioloogia-teenistuse isikuline koosseis. Nendest, kes juhtisid vabariigi sanitaar-epidemioloogia-teenistuse loomist ja taastamist töötavad praegu ainult vähesed (Aljak, Avald, Berezin, Vassiljeva, Mikk, Nahe, Närska, Sipelgas, Uibo jt.).

20 aasta jooksul on sanitaar-epidemioloogia-teenistusse juurde tulnud palju noort kaadrit, kes juba kauemat aega on edukalt töötanud (Masik, Kuusik, Tamm, Tapupere, Fominõh, Jannus, Paštalents, Pihlak, Pruuli, Faizulina, Ratas, Urman jt.). Käesoleval ajal töötab vabariigi sanitaar-epidemioloogia-teenistuses 164 arsti ja 515 keskharidusega meditsiinitöötajat. Meditsiinitöötajate ettevalmistamiseks vastavate distsipliinide alal toimub suur töö nii kohalikes baasides kui ka väljaspool meie vabariiki. Tervistava töö ja elanikkonna materiaalse heaolu tunduva tõusu tingimustes on epidemioloogiline olukord vabariigis tunduvalt muutunud: on likvideeritud haigestumus malaariasse, tähnilisse tüüfusse, järsult on vähenenud haigestumus difteeriasse, kõhutüüfusse, paratüüfusse ja poliomüeliiti. Tunduvalt on paranenud linnade ja asulate heakorrastus, samuti töötingimused tööstusettevõtetes; järsult on vähenenud laste suremus ja üldine haigestumus.

Praegu seisavad meditsiinitöötajate, eriti aga sanitaar-epidemioloogia jaamade ees juba uued, NLKP XXI kongressil ja NSV Liidu rahvamajanduse arendamise seitsme aasta plaaniga püstitatud ülesanded, mis peavad kindlustama nõukogude rahva materiaalse heaolu ja kultuurilise taseme edasist tõusu.

Развитие санитарно-эпидемиологической службы в ЭССР

К. Васильева

Резюме.

В буржуазной Эстонии санитарно-эпидемиологической службы вообще не было. Впервые начались создаваться санитарно-эпидемиологические станции в 1940 г., после восстановления советской власти. Тяжелые годы оккупации прервали начатую работу. Заболеваемость среди населения резко возросла, широкое распространение получили дифтерия, брюшная и сыпная тифы и другие инфекционные заболевания. Санитарное состояние городов и населенных пунктов ухудшилось.

После освобождения Советской Эстонии в 1944 г. в короткий период было вновь создано 9 санитарно-эпидемиологических станций. К концу 1945 г. в республике работали уже 14 санитарно-эпидемиологических станций, 18 самостоятельных дезинфекционных пунктов, 25 пищевых контрольных пунктов. Были созданы республиканская малярная и Пастеровская станции. В 1948 году был восстановлен Серологический институт в Тарту. В дальнейшем Институт был переведен в Таллин и реорганизован в Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены.

К 1949 г. санитарно-эпидемиологическая служба республики представляла стройную систему, состоявшую из Главной государственной санитарной инспекции, 17 госсанэпидемстанций городов и уездов, санитарно-эпидемиологического управления в аппарате Министерства здравоохранения, одной республиканской, 5 городских и 11 уездных санитарно-эпидемиологических станций.

В 1949—1950 гг. формы работы и структура санитарно-эпидемиологических станций менялись и в 1954 г. как предупредительный, так и текущий санитарные надзоры были возложены на санитарно-эпидемиологические станции.

При проведении в республике объединения лечебных учреждений часть санитарно-эпидемиологических станций в сельских местностях была объединена с районными больницами. В настоящее время в республике работают 15 городских и районных санитарно-эпидемиологических станций и 14 санитарно-эпидемиологических отделений районных больниц.

Перед органами санитарной службы республики стоят дальнейшие важные задачи по ликвидации и снижению инфекционных заболеваний.

Krooniline kopsu ja südame puudulikkus¹

Professor A. Dembo (Leningrad)

Terminiga «kopsu ja südame puudulikkus» märgitakse vereringe häiret, mis areneb kopsude puudulikkuse taustal parema vatsakese tüübi taoliselt tekkides patoloogiliste muutuste tagajärjel rindkeres ja väikeses vereringes.

«Kopsu ja südame puudulikkus» ei ole iseseisev diagnoos, vaid sellega märgitakse patofüsioloogilist seisundit.

Diagnoos aga peab olema formuleeritud nii, et esikohal oleks põhihaiguse diagnoos — näiteks «kopsu emfüseem või pneumoskleroos», pärast seda tuleb märkida diagnoos «müokardi düstroofia» ja ainult selle järel «kopsu ja südame puudulikkus» kui teiseselt tekkiv sündroom.

Krooniline kopsu ja südame puudulikkus (KSP) esineb ühtede autorite järgi lahangul 0,9% kuni 12,3% kõikidest juhtudest [Zelenin, Lihtsier, Ernst (1954) jt.], teiste autorite järgi — 16—20% (Halmaqui, 1954).

Krooniline KSP tekib arteriaalse rõhu järk-järgulise tõusu tagajärjel kopsuarteris: 1) väikese vereringe esmase hüpertoonia ja selle tagajärjel tekkiva kopsuarteri ateroskleroosi tõttu; 2) väliste hingamiseldundite aparaadi haigestumisel, mis lõpeb kopsu emfüseemiga, nagu difuusne pneumoskleroos, tuberkuloos, bronheктаasia, pneumokonioos, retsidiveeruv bronhopneumoonia, kopsude kaasasündinud tsüstosne väärasus, pleura liited, küfokolioos, rindkere haavamised jne.

Kopsu esmast hüpertooniat põevad sagedamini naised 20—40 aasta vanuses, kuid see võib esineda igas elueas. Haigus on pärvuslikku-perekondlikku laadi ja kestab mõnest kuust kuni mõne aastani. Sageli täheldatakse äkilist surma.

Kroonilise KSP teiseks ja peamiseks põhjuseks on hingamisteede haigused, kusjuures 80—90% on see kopsu emfüseemi mitmesuguste vormide tagajärg. Ülejäänud 10—20% on need nähud seotud tuberkuloosiga, kopsu tsüstidega, rindkere deformatsioonidega jne. Kuid ka nende haiguste puhul järgneb krooniline KSP kopsu emfüseemile.

80 protsendil juhtudest esineb krooniline KSP meestel, sellest 75% üle 50 aasta vanustel. Konstitutsioon ei oma tähtsust, kuid hüpertoonia puhul kulgeb haigus raskemini.

Kroonilise KSP patogenees on keerukas. Kopsu emfüseemi algstaadiumis arenev kopsude puudulikkus kompenseerub algul välise hingamisüsteemi ressursside arvel, hiljem lülituvad sisse vereringe süsteemi kohanemismehhanismid, eriti südame parem pool.

Kuigi kroonilised kopsuhaigused kulgevad enamasti ilma tsirkulatsioonihäireteta, esineb krooniline KSP siiski üsna sageli.

Kopsu emfüseemi tekkimise momendist kuni südame puudulikkuse arenemiseni võib mööduda 10—20 aastat.

Kroonilise kopsuhaiguse puhul etendavad südame puudulikkuse arenemisel osa paljud tegurid. Progresseeruvate muutuste tõttu väärasuvad kapillaarid kopsu parenhüümis, mis vähendab kopsu veresoonte mahtu ja kahjustab veresoonte seinte elastsust. Viimast soodustab samuti

¹ Ette kantud 18. XI 1959. a. Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekul.

bronhide kahjustus kroonilise bronhiidi tagajärjel. Seda tegurit peeti peamiseks ja arvati, et vererõhu tõusu kopsu arteris tekitavad just need mehaanilised põhjused. Ometi tekib kopsuhüpertoonia alles siis, kui vähemalt $\frac{2}{3}$ veresoontest on välja lülitatud, või kui vereringe on suurenenud 3 korda.

Käesoleval ajal kujutletakse, et väikese vereringe hüpertooniat põhjustab esmane alveolaarne puudulikkus, s. o. O₂ pinge vähenemine alveoolide õhus, või esmane veresoonte puudulikkus, mis tekitab difusiooni häireid kopsuvereringe suurenemise tõttu (nn. alveolaar-kapillaarset blokki).

Sel puhul alveolaarse ventilatsiooni ja kapillaarse vereringe vahekorras tekkiv häire soodustab arteriaalse hüpokseemia ja hüperkapnia arengut, tekitades reflektorselt kopsuarterioolide spasmi ning tugevdades ühtlasi verevoolu läbi ahenenud veresoonte, mille tagajärjel tõuseb surve kopsuarteris. Seega on kroonilise KSP tekke põhjuseks peale kopsu veresoonte oblitereerumise ka arteriaalne hüpokseemia, hüperkapnia (inglise autorite järgi «Krooniline hingamise atsidoos») ja vere minutimahu suurenemine (Schaub, 1954 jt.).

Alveolaarne anoksia tekitab algul kahjustatud kopsuosa varustavate veresoonte lokaalse spasmi. See on kohanemismehhanism, mis pidurdab hüpokseemia progresseerumist, sest vasakusse südamepoole ei saabu küllaldaselt arteriaalset verd. Hüpokseemia suurenemise tõttu kopsuveresoonte spasm hiljem generaliseerub ja vererõhk kopsuarteris tõuseb, suurendades ühtlasi parema südamepoole koormust.

Olulist tähtsust omavad ka hingamismehaanika häired, mis vähendavad rindkere imemisvõimet kui ka verevoolu südamesse.

Arteriaalne hüpokseemia soodustab samuti vere deponeerumist kopsudes, mis veelgi suurendab rõhku kopsuarteris. Peale selle suurendab hüpokseemia südame minutimahtu. Arteriaalse hüpokseemia äärmiselt ebasoodne mõju müokardile ja koronaarsetele veresoontele soodustab hüpokseemia arenemist müokardis ning selle düstroofiliste muutuste teket, eriti paremas vatsakeses, mis on üle koormatud.

Hüperkapnia toimib ebasoodsalt kesknärvisüsteemisse, mõjutab nende kaudu eritatavate bikarbonaatide peetust ja vähendab hingamiskeskuse erutuvust. Need tegurid soodustavad veelgi süsihappe peetust organismis ja suurendavad järelikult kopsu hüpertooniat.

Sageli esineb ka prognoosi halvendav koronaarne ateroskleroos, mille tagajärjel tekivad muutused südame lihastes ja väheneb südame minutimaht. Seda soodustab hüpertooniatõbi, mis esineb koos kroonilise KSP-ga 17—20% juhtudest.

Südame parema vatsakese hüpertroopia peamisteks põhjusteks on takistuse suurenemine, löögimahu kompensatoorne tõus ja väljutusaja lühenemine. Kroonilise KSP arenemise algperioodil võib parema vatsakese hüpertroopia kliiniliselt veel mitte avalduda. Vaatamata hüpertroofiale on südame parema vatsakese maht 30 protsendil juhtudest normaalsest väiksem (E. Gelštein, 1947, Breu, 1957 jt.). Isegi lahingul ei märgata sageli parema vatsakese hüpertroofiat, sest see algab lihasaparaadi arhitektoonika sügava ümberkorraldusega ja trabekulaarsete lihaste hüpertroofiaga. Kuna parema vatsakese hüpertroofiat kroonilise KSP (eriti selle algfaaside) puhul saab harva tavalise mõõtmisega kindlaks teha, siis tuleb hüpertroopia olemasolu kohta otsuse tegemiseks lahingul parem ja vasak südame pool eraldi kaaluda. Normis on südame vasaku poole kaalu suhe parema poolega 1:2. Selle arvu suurenemine näitab — vasaku vatsakese, vähenemine — parema vatsakese hüpertroofiat.

Kroonilise KSP puhul leidub vasakus vatsakeses peaaegu alati suuremaid või vähemaid muutusi.

Parema vatsakese lihaste hüpertroofia puhul täheldatakse lihaskiudude degeneratiivseid ja destruktiivseid muutusi.

Hüpertrofeerunud südame puudulikkuse väljaarenemisel omavad veel suurt tähtsust toksilis-nakkuslik tegur (eriti krooniliste kopsuhaiguste ägenemine), jahtumine ja füüsiline ülepingutus.

Esmase kopsuhüpertoonia ja kopsuemfüseemi tõttu tekkinud kroonilise KSP kliiniline pilt on mitmekesine. Esimesel juhul on anamnees tavaliselt lühike ja vereringe puudulikkus areneb kiiresti, kusjuures kopsu puudulikkus võib peaaegu täielikult puududa. Kopsuemfüseemi puhul ilmneb kopsu puudulikkus kaua aega enne vereringe puudulikkust.

Krooniliste kopsuhaiguste puhul kulgeb muutuste areng südames 2 etapis. Esimene etapp, mille jooksul kopsu puudulikkuse nähud järkjärgult ilmnevad ja kasvavad, kestab aastaid, kusjuures vereringe puudulikkuse kliinilised sümptoomid täiesti puuduvad. Selle etapi lõpul võib ainult röntgenoloogiliselt või kardiograafiliselt välja selgitada mõningaid anotoomilisi muutusi südames ja algavaid häireid tema funktsioonis. Üheks peamiseks teguriks, mis sel perioodil takistab rõhu tõusu kopsu arteris on kopsu arterio-venoossete anastomooside reguleeriv ja kompenseeriv funktsioon (M. Vovsi).

Teine etapp kujutab endast kopsu puudulikkusele baseeruvat ja viimast süvendavat progresseeruvat südame puudulikkust, millel põhinevadki sel juhul esinevad kliinilise pildi ja hingamise puudulikkuse iseärasused.

Kopsu puudulikkuse puhul esinev hingamise puudulikkus süveneb. Tugevneb hüperventilatsioon, arteriaalne hüpokseemia ja hüperkapnia suurenevad, tsüanoos muutub intensiivsemaks jne. Hingamisreservid vähenevad tunduvalt.

Eriti ilmselt tugevneb hingeldamine, kusjuures hingamine muutub pealiskaudseks ja sagedaseks. Kopsu puudulikkuse puhul ei sõltu hingeldamise aste haige asendist, kui sellega aga kaasub ka südame puudulikkus, siis on hingeldus lamavas asendis tugevam. Tsüanoos tekib kopsu puudulikkuse puhul arteriaalse hüpokseemia tagajärjel, südame puudulikkuse puhul aga verevoolu aeglustumise ja venoosse hüpokseemia tagajärjel. Nende kahe teguri liitumisel tugevneb tsüanoos tunduvalt. Kuid tsüanoosi astme põhjal ei saa määrata hüpokseemia astet, sest olulist osa etendavad siin täiendavad tegurid, nagu redutseeritud hemoglobiini absoluutne hulk, naha paksus ja pigmentatsioon, kapillaaride arv, nende täitumine verega jne.

Akrotsüanoos, mis ei esine jäsemete jahrenemisel ega muuda värvust jäsemete sooja vette asetamisel, sõltub normaalse verevoolu kiiruse puhul ainult kopsu puudulikkusest.

Hemodünaamikas toimub rida muutusi: verevool väikeses ja suures vereringes aeglustub, venoosne rõhk suureneb, kuid ei tõuse eriti kõrgele, südame suurenenud minutimaht väheneb, tekivad jalgade turseid, maksa suuremine, astsiit, ja anasarka ning kudede hüpoksia. Seejuures ei saa pausu kopsudes tavaliselt kindlaks teha ja tahhükardia ei ole välja kujunenud.

Sümptomatoloogial me üksikasjaliselt ei peatu. Mainime ainult, et valusid südame piirkonnas kaebavad umbes $\frac{1}{3}$ haigetest, peale koronaarse geneesi. võivad need aga sõltuda pikaajalisest köhast, millega kaasuvad diafragma krambid, samuti hingamise abilihaste töö suurenemisest.

Tsüanoos esineb ainult pooltel juhtudel. Tahhükardia — 40 protsendil, vaatamata vereringe puudulikkuse olemasolule.

Koos vereringe puudulikkuse nähtude tugevnemisega ilmneb haigetel kopsuemfüseemi kliinilise pildi foonil kaelaveenide turse, südame piirid ja tiputõuge on raskesti määratletavad (kopsuga kaetud süda), toonid tuhmid, rindealuses piirkonnas mõõkjätke kohal võib mõnikord palpeerida hüpertrofeerunud allavajunud parema vatsakese tõuet, mis võib esineda ka ilma südame puudulikkuse nähtudeta. 19,5 protsendil haigetest on südame tipus kuuldavald süstoolsed kahinad, mis sõltuvad düstroofilistest muutustest müokardis ja selle lihase puudulikkusest. Mõnikord on kuulda süstoolset kahinat kopsuarteri kohal, mis tekib kopsuarteri suudme ahენemise või kolmehölmase klapi suhtelise puudulikkuse (papillaarne rike) tagajärjel. II tooni aktsent kopsuarteri kohal ei näita rõhu kõrgenemist kopsuarteris, sest see ei ole alati kuuldav.

Arteriaalne rõhk suures vereringes on tavaliselt normaalne või alla normi, kusjuures pulsirõhu amplituud on väike. Arteriaalse hüpertoonia tekkimisel omab teatud tähtsust müokardi düstroofia. Kõrgenenud arteriaalne rõhk kroonilise KSP puhul lubab oletada kaasnevat hüpertooniatõbe.

Kroonilise KSP astme määrab kopsu ja südame puudulikkuse aste, mis võivad olla erinevad. Näiteks kopsu puudulikkuse III aste võib liituda südame puudulikkuse I astmega ja ümberpöörduvalt.

Vastavalt sellele, kas kliinilises pildis on ülekaalus kopsu või südame puudulikkus, jagatakse KSP 2 tüübiks (B. Kušelevski ja D. Zislin) — kopsu- ja südametüübiks, kuigi alati ei saa nende vahele piiri tõmmata. Kopsutüüp esineb tavaliselt nooremas eas, millal südamelihase reservid on suured. Südametüüp esineb sagedamini vanematel inimestel, kelle südamelihase on nõrgenenud põetud haiguste (nakkused, intoksikatsioonid) tagajärjel.

Kopsu puudulikkuse ülekaalust kõneleb eelkõige hingeldamise laad — raskendatud väljahingamine, subjektiivselt esineb õhupuudus, hingamisest võtavad aktiivselt osa abilihased. Laialdane tsüanoos, mis tugevneb vertikaalses asendis, väheneb hapniku sissehingamise puhul. Esineb naha marmorsus, mõnikord laienenud veenid (arvatavasti hüperkapnia tagajärjel). Tsüanoosi aste ei vasta alati haige võrdlemisi tunduval füüsilisele aktiivsusele. Maks ei ole alati ega eriti palju suurenenud, tursed on vähesed. Kui ülekaalus on südame puudulikkus, siis on maks tavaliselt tunduvalt suurenenud ja tursunud. Tsüanoos tugevneb füüsilise pingutuse ja kõha puhul. Täheledatakse südame vasaku vatsakese suurenemist ja järsemaid muutusi hemodünaamikas: südame minutimaht on veelgi langenud, verevool on aeglustunud, tsirkuleeriva vere hulk suurenenud.

Diagnostilise otsuse aluseks, kas ülekaalus on kopsu või südame puudulikkus, ja varjatud hingamise ning südame puudulikkuse väljaselgitamiseks peab olema hingamise ja hemodünaamika põhiliste näitajate funktsionaalne uurimine. Röntgenoloogilised ja elektrokardiograafilised muutused ei esine alati, isegi mitte väljakujunenud kroonilise KSP puhul.

Tavaliselt õnnestub röntgeniga uurimisel avastada kopsuarteri, parema koja ja vatsakese laienemist.

Elektrokardiograafilised muutused kroonilise KSP puhul seisnevad parema koja ja vatsakese hüpertroofias ja dilatatsioonis, südameasendi muutumises, kopsukoe elektrijuhtivuse vähenemises ja müokardi hüpopapnias.

Kroonilise KSP ravi on sümptomaatiline ja seisneb eelkõige põhihaiguse ravimises.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata võitlusele retsidiveeruvate nakkustega, mis süvendavad kopsu ja südame puudulikkust.

Kopsu ja südame puudulikkuse ravi seisneb peale vastava režiimi ja dieedi (soolavaba, vähe vedelikke) peamiselt hapniku inhalatsioonide ja digitaalse ning diureetiliste ainete rakendamises.

Hapniku inhalatsioonid nõuavad teatud ettevaatust, sest hüperkapnia võib suurenedagi. Asi seisneb selles, et kroonilise KSP puhul ei ole hingamiskeskus CO_2 vastu eriti tundlik ja peamiseks ärritajaks on arteriaalne hüpokseemia, mis reguleerib hingamist karotiidses siinuse ning aordi homoreseptorite kaudu. Selle ärritaja väljalülitamisel O_2 sissehingamisega tekib pealiskaudne hingamine, suureneb hüperkapnia ja tekib hüperkapniline narkoos, millele võib järgneda surm. Eriti ettevaatlik tuleb olla kroonilise KSP haigetega, kellel esinevad tserebraalsed nähud, mis võivad aset leida väljakujunenud hüperkapnia puhul ja mida mõnikord peetakse tserebraalseks anoksiaks. O_2 tuleb inhaleerida väikeses kontsentratsioonis, vaheaegadega ja arsti kontrolli all. Hapnikutelgis viibimisel soovitatatakse iga tunni järel hingata 10 minutit toa õhku.

O_2 inhalatsiooni ebasoodne mõju avaldub kõige sagedamini väljakujunenud tsüanoosi ja polütsüteemia puhul. Hapniku ettevaatlik rakendamine on efektiivne, seda enam, et peale hüpokseemia likvideerimise vähendab see ka rõhku kopsu arteris.

Ka digitaalse manustamine nõuab teatud ettevaatust, sest see võib ajutiselt tõsta rõhku kopsu arteris. Digitaalse normaliseeriva toime hemodünaamikale on aga soodne ja seda tuleb KSP puhul tarvitada tavalistes või natuke kõrgendatud annustes. On viiteid konvallotoksiini kasutamise kohta koos diureetikumidega (Uhlenbruck-Schmitz, 1954). Arvatakse, et selle toime sarnaneb strofantiini toimega, kuid mõjub valikuliselt paremale südamepoolele. Parema ja vasaku vatsakese puudulikkuse liitumisel tuleb konvallotoksiini anda koos strofantiiniga. Konvallotoksiini tarvitamise vastunäidustuseks on südame juhtesüsteemi blokaad.

Hingamiskeskuse stimuleerimiseks kasutatakse kordiamiini suurtes annustes veenisisesi. Tõhus on eufülliin (0,24 mg 10 ml kohta), mis lõõgastab bronhide spasmi, tugevdab vatsakeste kokkutõmbeid, stimuleerib hingamiskeskust ja suurendab diureesi.

Diureetikumidest kasutatakse nii elavhõbeda diureetilisi soolasiid kui ka diamoksi (diakarbi). Annustena 250—300 mg vähendab viimane atsidoosi ja on näidustatud visa hüperkapnia puhul. Kuna see alandab vere pH-d, tuleb teda raske atsidoosi puhul ettevaatlikult tarvitada. Viimasel ajal on kroonilise KSP puhul hakatud kasutama kopsuarteri rõhku vähendavaid vahendeid — ganglioblokaatoreid. Efektiivne on hingamisvõimlemine, diafragma aktiivsust suurendav bandaaž jne.

Kroonilist KSP on püütud ravida ka kirurgiliselt teineteisele järgneva kummagi reieveeni ligeerimisega, mille tagajärjed olid head.

Verelaskmine on näidustatud polütsüteemia puhul. Kategooriliselt vastunäidustatud on morfiin, mis suurendab hüpokseemiat, pärsib hingamiskeskust ja ahendab bronhi valendikke. AKTH on samuti vastunäidustatud, välja arvatud bronhiaalastma juhtudel.

KSP kulgeb tavaliselt progresseeruvalt ja ebasoodsalt. Surma kopsu puudulikkusele tavaliselt ei järgne ja enamasti surevad need haiged vereringe kasvava puudulikkuse või interkurrentse infektsiooni tagajärjel.

Kroonilise KSP probleem vajab edasist uurimist. Kahtlemata on südame parema poole funktsioon kopsu funktsiooniga nii tihedasti seotud, et ainult vereringe ja kopsuventilatsiooni samaaegne uurimine annab positiivseid tulemusi selle suure probleemi lahendamisel.

Хроническая легочно-сердечная недостаточность

А. Дембо

Резюме.

В статье приводится обзор современного состояния проблемы хронической легочно-сердечной недостаточности.

Подчеркивается, что «легочно-сердечная недостаточность» не является самостоятельным диагнозом, а обозначает патофизиологическое состояние, при котором к первичному легочному заболеванию присоединяется сердечная недостаточность.

Вопросы клиники и лечения синдрома представлены в патогенетическом освещении.

В терапии легочно-сердечной недостаточности рекомендуется, помимо соответствующих диеты и режима, применять ингаляции кислорода, препараты наперстянки и мочегонные средства. При выраженном цианозе кислород оказывает неблагоприятное действие. Целесообразно применение кордиаминна внутривенно, эуфиллина, ганглиоблокаторов. Абсолютно противопоказан морфин и медикаменты сходного действия

Merisigade intratestikulaarsest nakatamisest tuberkuloosi diagnostikas

E. Türi

Selja Maahaigla juhataja *

Vaatamata laboratoorse tehnika edusammudele on katseloomad, eriti merisead, säilitanud tähtsa koha tuberkuloosi diagnostilisel uurimisel.

Kirjanduse andmetel ei muutu pikemaajalise antibiootilise ja kemo-terapeutilise ravi tulemusena ainult tuberkuloositekitajate tundlikkus ühe või teise ravimpreparaadi suhtes vaid ka virulentsus inimesele ja katseloomadele [L. R. Peizer, A. Minkin ning D. Widelock (9), W. Steenken, Jr. ning E. Wolinsky (10) F. W. Gierhake (11) jt].

Sellest lähtudes soovitavad H. F. Hasenclever ning A. P. McKee (12) tuberkuloosi diagnostikas paralleelselt kasutada mitut uurimismeetodit, eriti aga bakterioloogilist ja bioloogilist meetodit. Viimase meetodi suu-ri-maks puuduseks on tüüpiliste haigustunnuste ilmnemine küllaltki pika ajavahemiku järel pärast nakatamist. Nii saab V. N. Kosmodamianski (1) andmetel diagnoosida klassikaliselt, s. o. subkutaanselt nakatatud meri-seal tuberkuloosi 3.—6. nädalal pärast nakatamist, kuna B. Lange (13) jt. arvates on selleks vaja isegi 4—16 nädalat.

Paljud teadlased on püüdnud lühendada katseloomal tuberkuloosse nakkuse kindlakstegemise aega mitmel viisil; eriti just mitmesuguste eri-nevate nakatamisviiside kasutuselevõtmisega.

B. Lange (13) soovitab merisigade nakatamist inhalatsiooni teel. Osa autoreist soovitab nakatada merisigu otse elundisisesi, näiteks süstib Oppenheimer (14) uuritavat materjali meriseale maksa. M. Damask ning F. Schweinburg (15) viivad uuritava materjali laparatomeeritud katse-loomade põrna.

* Töö on teostatud dots. S. Laanese juhendamisel Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogia, nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedris.

Sellist uuritava materjali viimist elundisisesi õigustab A. Rich (16), kelle järgi katselooma ükski elund pole tuberkuloosi suhtes nii resistentne, et ei haigestuks teatud arvu mikroobidega nakatamisel.

Siiski on Ch. D. Brown'i ning A. H. Harris'e (17) andmetel merisea neerud, harknääre, ovaarium, nahk ja luustik suhteliselt resistentsete tuberkuloosile, kuid põrn, kopsud ja maks on vastuvõtlikumad. Mainitud autorid peavad merisea intratserebraalsel nakatamisel tuberkuloosinakkusele eriti tundlikuks aju pehmekelmet.

Kõigi ülaltoodud nakatamisviiside puhul tuleb oodata katseloomal tuberkuloosi generaliseerumist ja alles siis saab merisea surmamisel sedastada tuberkuloosseid muutusi siseelundis.

Teine osa autoreist püüab tekitada meriseal rohkem lokaalse iseloomuga tuberkuloosikollet, millest oleks võimalik isoleerida tuberkuloositekitajaid ilma katselooma surmamata. Sellised meetodid võimaldavad pärast katselooma surmamist veelkord kontrollida esialgse diagnoosi õigsust elundites valmistatud preparaate järgi.

Nii T. K. Butkina (2), K. V. Kuznetsova (3) kui ka T. I. Liverova (4) andmetel võib tuberkuloositekitajate isoleerimiseks neid vähe sisaldavatest materjalidest edukalt kasutada merisigade nakatamist paratrahheaalsetesse lümfisõlmedesse. Nakatatud lümfisõlmed eemaldatakse operatiivselt 10.—12. päeval ja neist valmistatakse äigepreparaadid.

J. Honl (18) süstis uuritavat patoloogilist materjali merisigadele intratestikulaarselt. Tuberkuloositekitajate leidumisel kulges merisigadel nakatus ägedalt ja enamik katseloomadest suri juba 10.—15. päeval pärast nakatamist. Veelgi varasema vastuse saamiseks soovitas ta teha testise punktsiooni või uurimiseks eemaldada testis operatiivsel teel.

Et meile kättesaadavas kirjanduses ei leidunud täpsemaid andmeid mainitud nakatamisviisi kohta, seati käesoleva töö eesmärgiks täiendavalt uurida bioloogilise meetodi tundlikkust merisigade intratestikulaarsel nakatamisel just tuberkuloositekitajaid vähesisaldava patoloogilise materjaliga, nagu pleurapunktaadiga, seljaajuvedelikuga jne.

Materjal ja meetodika

Merisigade nakatamiseks kasutati tuberkuloosihaiselt saadud 10 patoloogilist materjali tuberkuloositekitajate isoleerimiseks diagnostilisel otstarbel. Uuritavaks materjaliks olid 4 pleurapunktaati, 2 liigesepunktaati, 3 seljaajuvedelikku ja 1 röga.

Uuritavat materjali külvati segamikrofloora kindlakstegemiseks kõigepealt lihapeptonpulgongisse ja veriagarplaadile.

Esineva segamikrofloora hävitamiseks kasutati 4% naatriumhüdroksüüdi F. Tison'i (19) järgi.

Patoloogilist materjali uuriti flotatsioonimeetodi järgi tuberkuloositekitajate suhtes bakterioskoopiliselt.

Samaaegselt katselooma nakatamisega tehti uuritavast materjalist külvid 2 MA-söötlele (5), millel kasvamist jälgiti 2—3 päevaste ajavahemikkude kaupa 2 kuu kestel.

Kuna kasutatavas kirjanduses (18) puudusid andmed intratestikulaarse nakatamise meetodika kohta, siis toimus see järgmiselt: merisiga fikseeriti seili asendis, nii et katselooma tagumised jalad olid surutud vastu kõhtu, sellega tulevad merisea testised kõhunaha all hästi nähtavale. Mõlemasse testisesse süstiti läbi naha 0,1—0,2 ml uuritavat patoloogilist materjali.

Nakatatud katseloomadel eemaldati 10. või 15. päeval operatiivselt üks testis uurimiseks. Operatsioonid teostati V. Kudrjašovi (6) poolt kirjeldatud viisil.

Kõik merisead surmati kloroformnarkoosiga erinevate vaheaegade järel pärast operatsiooni (16.—88. päeval). Katselooma elundis (kopsud, maks, põrn, neerud, testis) esinevaid tuberkuloosseid muutusi uuriti patoloogilis-anatoomiliselt ja osal juhtudest patoloogilis-histoloogiliselt.

Operatsioonil või lahangul eemaldatud testisest valmistati äigepreparaadid või preparaadid flotatsioonimeetodil, mis värviti Ziehl-Neelsen'i meetodi järgi.

Tulemused

Meetodikas kirjeldatud 10 uuritavast patoloogilisest materjalist flotatsioonimeetodi järgi tehtud preparaate bakterioskoopiliselt uurimisel ei leitud happe- ja alkoholikindlaid kepikesi ühelgi juhul.

Segamikrofloora esines ainult rögas, kuna ülejäänud materjalide lihtkülvid osutusid steriilseteks.

Vastavad katsetulemused on toodud tabelis 1.

Tabelist 1 nähtub, et 7 merisealt 10. päeval operatiivselt eemaldatud testiste äigepreparaatides oli happe- ja alkoholikindlaid kepikesi 2 juhul.

Tabel 1

Uuritav materjal	Katse kestus (päev)	Opereeritud testiste bakterioskoopiline leid		Elundite tuberkuloosse kahjustuse näitaja ja testise bakterioskoopiline leid						Külv MA-söötmel
		10 p.	15 p.	Kopsud	Maks	Põrn	Neerud	Testis		
		Ä	F	PA	PA	PA	PA	PA	BS	
I pleurapunktaat	10	—	0	—	—	—	—	—	—	13. päeval
II pleurapunktaat	69	—	0	—	1	—	—	1	+	
III pleurapunktaat	81	0	+	—	2	1	—	2	+	
IV pleurapunktaat	81	0	+	3	3	3	—	3	+	
V seljaajuvedelik	16	+	0	—	—	1	—	1	+	
VI seljaajuvedelik	25	—	0	—	—	—	—	—	—	28. päeval
VII seljaajuvedelik	57	—	0	—	—	—	—	—	—	
VIII liigesepunktaat	71	—	0	—	2	—	—	1	+	
IX liigesepunktaat	63	0	+	—	—	1	—	2	+	
X röga	88	+	+	—	1	1	—	0	0	

Tabelis esinevate lühendite ja arvuliste näitajate seletus:

Ä — äigepreparaat	2 — mõõdukad tuberkuloossed muutused
F — flotatsioonimeetodi järgi valmistatud preparaat	3 — ulatuslikud tuberkuloossed muutused
PA — patoloogilis-anatoomiline leid	— — positiivne
BS — bakterioskoopiline leid	— — negatiivne
1 — vähesed tuberkuloossed muutused	0 — uuring teostamata

Seevastu aga 4 merisealt 15. päeval flotatsioonimeetodi järgi ekstirpeeritud testistest valmistatud preparaatides oli leid tuberkuloositekitajate suhtes kõigil juhtudel positiivne.

Suhteliselt suurt positiivsete juhtude arvu 15. päeval eemaldatud testiste bakterioskoopilisel uurimisel võib seletada pikema katseajaga ja flotatsioonimeetodi suurema tundlikkusega võrreldes äigepreparaadiga.

Uuritava materjaliga nr. X nakatatud meriseal eemaldati operatiivselt üks testis 10. päeval ja teine 15. päeval. Mõlemast testisest äige- või flotatsioonimeetodil valmistatud preparaatides olid tuberkuloositekitajad. Merisiga surmati alles 88. päeval ja katselooma elundeis täheldati isegi patoloogilis-histoloogilisel uurimisel väheseid tuberkuloosseid muutusi.

Esiletõstmist väärib asjaolu, et ühel ja samal katseloomal tehti kindlaks tuberkuloosne nakkus 3 korral, mis võimaldas korduvalt kontrollida esialgse diagnoosi õigsust.

Katseaja jooksul ei surnud patoloogiliste materjalidega nakatatud merisigadest ükski tuberkuloosi, mis räägib vastu J. Honl'i (18) andmetele.

Vastava ajavahemiku möödumisel sedastati surmatud katseloomade lahkamisel kõige sagedamini ja kõige ulatuslikumaid tuberkuloosseid kahjustusi testistes ja maksas. Põrnas ja kopsudes olid muutused väiksemad ning puudusid täiesti neerudes.

Patoloogilise materjaliga nr. IV ja nr. X nakatatud merisigade elundeid uuriti patoloogilis-histoloogiliselt. Nendest esimesel olid ulatuslikud

spetsiifilised tuberkuloossed muutused kõigis elundeis peale neerude. Teisel juhul olid elundeis ülekaalus A. I. Strukovi (7) poolt kirjeldatud paraspetiifilised tuberkuloossed muutused. Maksakoes avaldusid need peamiselt lümfotsüütide ja histiotsütaarse rakkude väikeste kogumikena, samas esines ka üksikuid vähese ümararakulise infiltratsiooniga piiratud nekrootilisi koldeid. Põrnas täheldati ainult põrnafolliikulite hüperplaasiat, enamike folliikulite piirjooned olid ebaselged. Kõige ulatuslikumad paraspetiifilised tuberkuloossed muutused olid siiski kopsudes, kus kopsukoe alveolaarne struktuur oli kohati eristamatu. Kude koosnes siin peamiselt suure ovaalse heleda tuumaga rakkudest. Vähesel määral leidis ka lümfotsüüte ja punaseid vereliblesid. Väikeste veresoonte ümber võis täheldada rohkesti ümararakulist infiltratsiooni, mis kohati haaras veresoone seina kõiki kihte.

Huvitav on märkida, et samasugused paraspetiifilised tuberkuloossed muutused esinevad merisea siseelundeis ka eksperimentaalse tuberkuloosi puhul, kusjuures võib täheldada nende üleminekut spetsiifilisteks tuberkuloosseteks muutusteks [S. Laanes ning E. Türi (8)].

Nakatatud merisigadelt eemaldatud testiste bakterioskoopilisel uurimisel ja hiljem samade katseloomade lahangul saadud materjalide andmetel püstitatud diagnoosid ühtisid viiel juhul seitsmest. Seejuures on oluline märkida, et ekstirpeeritud testiste järgi võis tuberkuloositekitajaid diagnoosida juba 10. ja 15. päeval, kuna katseloomad surmati enamikul juhtudest alles 1,5—2 kuu möödumisel nakatamisest.

Materjalidega nr. II ja nr. VIII nakatatud merisigadel tehti kindlaks tuberkuloosne nakkus ainult lahangul eemaldatud testiste bakterioskoopilisel uurimisel vastavalt 69. ja 71. päeval.

Merisigade intratestikulaarse nakatamisviisi abil sedastati tuberkuloositekitajaid kokku 7 juhul 10 tuberkuloosihaigelt saadud patoloogilisest materjalist.

Samaaegne bakterioloogiline uurimine andis positiivseid tulemusi ainult 2 juhul. Nii näeme tabelist 1, et materjalist nr. IV kasvas *Mycobacterium tuberculosis* 13. päeval ja materjalist nr. X 28. päeval.

J ä r e l d u s e d

1. Kuigi uuritud juhtude väike arv ei võimalda teha ulatuslikke järeldusi merisigade intratestikulaarse nakatamisviisi efektiivsusest tuberkuloosi diagnoosimisel on selle meetodi paremus võrreldes bakterioloogilise uurimismeetodiga siiski ilmne.

2. Saadud tulemuste alusel on vaja merisigade intratestikulaarset nakatamisviisi ulatuslikumalt uurida ja püüda seda rakendada tuberkuloositekitajate isoleerimiseks neid vähesisaldavatest patoloogilistest materjalidest.

KIRJANDUS

1. Космодамианский В. Н. Бактериология и патогенез туберкулеза, М., 1950. — 2. Буткина Т. К. Биологическая диагностика кожного туберкулеза. В сб., Исследования по диагностике и терапии туберкулеза под ред. Шаклеин И. А. и Буткин Н. Г., 141—147, Свердловск, 1953. — 3. Кузнецова К. В. Сравнительная оценка некоторых чувствительных лабораторных методов диагностики интраторакального туберкулеза у детей раннего возраста, там же, 124—133. — 4. Ливерова Т. И. Биологические методы лабораторной диагностики олигобациллярных форм туберкулеза, там же, 134—140. — 5. Лаанес С. и Таллмейстер Э. Лабор. дело, 2, 34—36, 1958. — 6. Кудряшов В. А. в кн. Лазарева Н. В. Воспроизведения заболеваний у животных для экспериментально-терапевтических исследований. 380—381, М., 1954. — 7. Струков А. И. Патоморфология первичного туберкулеза легких. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. 25, 145—179, М., 1951. — 8. Лаанес С. и Тюрн Э. Пробл. туберкулеза, 6, 94—97, 1958. — 9. Peizer, L. R. Minkin, A.,

Widelock, D. Am. Rev. Tuberc., 70, 4, 728—733, 1954. — 10. Steenken, W. n., Wolinsky, Jr. ja E. Am. Rev. Tuberc., 68, 4, 548—556, 1953. — 11. Gierhake, F. W. Beitr. Klin. Tuberk., 112, 4, 283—292, 1954. — 12. Hasenclever, H. F., McKee, A. P. Am. Rev. Tuberc., 72, 5, 687—689, 1955. — 13. Lange, B. Zeitschr. f. Hyg., 106, 1, 1—27, 1926. — 14. Oppenheimer tsit. L. Lange, Anreicherungsverfahren, W. Kolle, A. V. Wassermann, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Jena-Berlin-Wien, III Auflage, Bd. X, 295—338, 1930. — 15. Damask, Mning Schweinburg, F. Z. f. exptl. Path. Therap. 70, 274, 1915. — 16. Rich, A. R. The Pathogenesis of Tuberculosis. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, USA. p. 311, 1944. — 17. Brown, Ch. D., Harris, A. Am. Rev. Tuberc., 76, 3, 426—434, 1957. — 18. Honl, J. Experimentelle Tuberkulose zur Ermöglichung einer schnellen Diagnose für klinische Zwecke, Cas. lek. čes. 728, 1925. ref. Zbl. Bakteriöl., Parasitenkunde I Ref. 81, 16—16, 1926. — 19. Tison, F. Ann. Inst. Pasteur, 80, 6, 659—663, 1951.

Об интратестикулярном заражении морских свинок в диагностике туберкулеза

Э. Тюри

Резюме

По литературным данным, разные органы морских свинок обладают различной восприимчивостью к туберкулезной инфекции в зависимости от способа заражения. Исходя из этого, нашей задачей было исследование чувствительности биологического метода при заражении морских свинок интратестикулярно патологическим материалом, мало содержащим туберкулезные микобактерии.

Заражались 10 морских свинок интратестикулярно различными патологическими материалами. У каждой из них отделяли одно яичко оперативным путем на 10-й или 15-й день, а второе — на вскрытии через 1.5—2 месяца после заражения.

Наличие туберкулезной инфекции у морских свинок определялось в препаратах мазках и в препаратах по методу флотации, а в органах этих же животных — патолого-анатомически и патолого-гистологически.

Наличие туберкулезных микобактерий было установлено в семи случаях из десяти исследуемых патологических материалов при интратестикулярном методе заражения.

В одновременно проведенных бактериологических исследованиях туберкулезные микобактерии были найдены только в двух случаях.

Müokardi infarkti simuleeriv totaalne aordiseinu lahtikihistav aneurüsm

A. Lukaš ja J. Pšenišnikova

Aordi aneurüsmi rebendeid esineb kohtuarstliku ekspertiisi praktikas võrdlemisi sageli. Rõhuval enamikul juhtudest esinesid need ebanormaalselt muutunud aneurüsmid üle 50 aasta vanustel inimestel, kes surid äkki.

Aordi aneurüsmi kõige sagedamaks põhjuseks on süüfilis (N. Aniškovi järgi 90—95%). Ülejäänud juhtudel tekib aordi iseeneslik rebemine ateroskleroosi, hüpertooniatõve, aordiseina või seda ümbritsevate kudede ja elundite mädaste ja nekrootiliste protsesside, tuberkuloosi ning pahaloomuliste kasvujate tagajärjel (M. Avdejev, M. Kasjanov).

Mõnikord tekivad rebendid noortel inimestel silmaga nähtamatute muutuste tõttu aordis. Need rebendid asetsevad tavaliselt aordiklappide kohal põiksuunaliselt ja meenutavad pilu või murdjoont ja riivavad kogu aordi seina või ainult selle sisekesta.

Niisugustel juhtudel peab enamik autoreid rebendi põhjuseks aordi ja teiste veresoonte elastsete ning kollageenkiudude muutusi.

A. Abrikossov ja A. Strukov seletavad neid rebendeid aordiseinas leiduvate teadmata päritoluga nekroosidega. M. Kasjanov arvab, et peale selle etendavad nähtavasti teatud osa ka funktsionaalsed momendid (äkiline vererõhu tõus, lihaste ülepingutamine, lülisamba järsk sirutamine). Mõnel juhul jääb aordi rebendi etioloogia selgitamata (M. Avdejev).

Aordi aneurüsm ja rebend esinevad kõige sagedamini aordi üleneva osa, aordikaare, harvemini rinna piirkonnas ja veelgi harvemini kõhu piirkonnas (A. Abrikossov ja A. Strukov, V. Zolotovskaja, M. Kasjanov).

Aordiseina lahtikihistavad aneurüsmid tekivad ainult sisekesta vigastuste puhul. Vere tungimise tõttu aordiseina kihtide vahele areneb seejuures intramuraalne hematoom, mille tagajärjel aordiseina kihid irduvad kas piirdunud või laiemas ulatuses. V. Zolotovskaja järgi esineb lahtikihistavaid aneurüsme 23% juhtudest.

Mõned autorid viitavad sellele, et lahtikihistumine võib haarata ka suuri artereid — aordi harusid, piki nende kulgu (V. Dobrjak, M. Kasjanov).

Surm saabub tavaliselt aneurüsmi rebenemise ja suure verejooksu tagajärjel pleuraõõnde (sagedamini vasakusse), või südame tamponeerimise tõttu, kui aneurüsm avaneb südamepauna õõnde. Aneurüsm võib avaneda ka trahheasse, söögitorusse või isegi väljapoole läbi rindkere seina, kui see on aneurüsmi pikaajalise surumise tõttu atrofeerinud ja õhenenud.

Umbes $\frac{2}{3}$ juhtudest saabub surm aordi aneurüsmi rebenemise puhul äkki. Ülejäänud juhtudel elavad haiged pärast aordi rebenemist mõnest tunnist kuni mõne ööpäevani. Seda juhtub tavaliselt aordiseinu lahtikihitava aneurüsmi puhul, sest selline irdumisprotsess võib kesta kaunis kaua.

Lahtikihistav aneurüsm kulgeb kahes, mõnikord ka mitmes etapis. Seesmise kesta ja surma põhjustava välimise kesta rebenemise momendi vahel võib mööduda mitu minutit, tundi, päeva või isegi nädalat (S. Vaisbein).

Elupuhuselt, eriti enne verejooksu tekkimist, diagnoositakse aordi-seina lahtikihistava aneurüsmi ja aordi rebenemist harva. Selle kohta on kirjanduses käesoleva ajani toodud üldse umbes 20 juhtu (J. Tšerkas).

Aordirebendi teket on elupuhusest raske diagnoosida selle tõttu, et ühtedel juhtudel saabub surm sisemise verejooksu või südame tamponeerimise tõttu kiiresti, teistel juhtudel raskendab õiget diagnoosimist eba-harilik sümptomaatika, mis meenutab mitmesuguseid haigusi, näiteks apenditsiiti, müokardi infarkti, pankreatiiti, kõhuõõne kasvajat jt. Patognoomoonilised sümptoomid puuduvad. J. Tšerkas märgib, et kõhuaordi seinu lahtikihistava aneurüsmi diagnoosimisel on oluliseks tundemärgiks süstoolse värisümptoomi sedastamine palpeerimisel Obrastsovi meetodi järgi.

Aordiseina lahtikihistava aneurüsmi õigeaegne diagnoosimine on väga tähtis haige päästmiseks või tema elu pikendamiseks, tarbetu kirurgilise vahelesegamise vältimiseks ekslikult oletatavate ägedate kõhuõõnelundite haigustena ning ravimite, sealhulgas ka antikoagulantide valimisel.

Kui surm ei saabu otsekohe, siis tekivad absoluutse rahu ja ravi toimel mõne aja jooksul seinasisesed trombid, mis katavad intima rebendi.

Kuigi aneurüsmide puhul trombimassid eriti ei kaldu organiseerumisele (M. Kasjanov), võivad nad tihkenemise tõttu takistada intramuraalse hematoomi suurenemist ja piirata aordiseina kihistumist.

Kirjeldame aordiseina lahtikihistava totaalise aneurüsmi juhtumit, mida elupuhuselt ei diagnoositud.

Haige N. (haiguslugu nr. 598), 64 a. vana, elukutselt autojuht toodi haiglasse 14. veebruaril 1959. a. Ta kaebas tuimade selga kiirguvate valude üle rindkeres ja vasakul pool epigastraalpiirkonnas, millega kaasus üldine nõrkus.

Varem ei ole N. peale perioodiliste peavalude mingit haigust põdenud. Pärivuslikku patoloogiat ei sedastatud.

Patsient haigestus äkki, 2. veebruaril, tundes väga tugevaid, selga kiirguvaid valusid epigastriumi piirkonnas ja rindkeres. Nende valudega kaasusid lühiajaline nägemise kadumine, peapööritus, tugev nõrkus, iiveldus ja oksendamine. Töökohtalt tuli haige iseseisvalt koju. Väljakutsutud kiirabi arst tegi valude vastu süste, diagnoosis lumbaagot ja soovitas lamada kodus. 3. veebruaril tõusis temperatuur 37,3°.

Haige jäi koju jaoskonnaarsti järelevalve alla. Valud ei lakanud, vaid tugevnesid perioodiliselt ja omandasid hootise iseloomu, lokaliseerudes epigastriumisse, rinna- ja vasaku roidekaare alla.

13. veebruaril 1959. a. saatis jaoskonnaarst haige Tallinna Vabariiklikku Haiglasse diagnoosiga: «Äge koletsüstiit. Äge pankreatiit? Hüpertooniatõbi II st. Kardioskleroos».

Kuid valvehaigla ei võtnud haiget vastu, sest haigla arst ei kinnitanud diagnoosi «Äge koletsüstiit ja äge pankreatiit», leides, et haige võib end ravida kodus. Alles 14. veebruaril (12. haiguspäeval) kell 21.40 võeti haige II linnahaiglasse planeeritud korras. Saabumisel oli haige üldseisund rahuldav, nahk kahvatu, hallika varjundiga ja nähtavad limaskestad tsüanootilised.

Pulss oli 88 lööki minutis, rütmiline, rahuldava täitumuse ja pingusega, vererõhk 175/80 mm. Süda vasakule laienenud. Südametoonid tuhmid, rütmilised. Kopsu alumistes osades märjad raginad. Maksa serv ulatus parema roidekaare alt välja ühe põikisõrme võrra ja oli valulik. Kõhuõõnelundite uurimisel ei avastatud haiguslikke muutusi.

Ägedad valuhood, millega kaasusid šoki- ja kollapsiseisund, sellele järgnev hemodünaamikahäire ning teisel päeval temperatuuri tõus 37,3° sundis mõtlema müokardi infarktile. Diagnoosi kinnitas elektrokardiograafia. 16. 02. 59. a. avastati 2—3 nädalat kestnud südame vasaku vatsakese tagumise seina infarkti tunnused (H. Omel.) Vere analüüs 16. 02. 59. Hgb 82%, leukots. 6400, keppt. — 13%, segmentt. — 55%, eosinof. — 1%, lümfots. — 15%, monots. — 14%. SR — 32 mm tunnis.

Vastavalt diagnoosile määrati ravi ja range voodirežiim. Haige enesetunne ja üldseisund paranesid tunduvalt, valuhood ei kordunud kuni 27. 02. 59. 27. veebruari hommikul rikkus haige režiimi ja tõusis voodis istuli, tundes kohe tugevat valu rindkeres, hingeldamist, üldist nõrkust, peapööritust, iiveldust. Nahk ja limaskestad muutusid tugevasti tsüanootilisteks, pulss oli nõrk, niitjas, 110—114 lööki minutis, vererõhk langes 100/70 mm. Pärast atropiini, omnopooni, kofeiini, strofantiini (koos glükosidiga), lobeliini ja morfiini süstimisi haige seisund ei paranenud. Kasvava südame ja veresoonte nõrkuse nähtudega haige suri 27. veebruaril 1959. a. kell 16.15.

Kliiniline diagnoos: Hüpertooniatõbi II st., aterosklerootiline kardioskleroos. Müokardi infarkt. Äge südame- ja veresoonte puudulikkus.

Laiba uurimisel (lahkamisprotokoll nr. 29) täheledatai rahuldavat toitumust. Perikardi õõnes oli 400 ml hüübinud verd. Perikard oli välja veninud, selle lestmed siledad, läikivad. Südame mõõtmed 11×10×6 sm, kaal 350 g. Südamevigastusi ei avastatud. Aordi ülenev osa ja osaliselt ka kaar olid laienenud üsna suure sopistuse tõttu südamepauna õõnde. Selle sopistuse pinnal avastati pilutaoline rebend 1×0,3 sm. Aordi sisepinnal avastati hulgaliselt kollakasvalgeid pehmeid valendikusse pundunud aterosklerootilisi naaste, mis aordi alumises osas olid lubjastunud. Aordi üleneva osa piiril avastati haavandunud intima defektiga naast. Üleneva osa ja aordikaare intima oli tunduvas ulatuses nii irdunud, et selle ja väliskihi vahel moodustus 8×6 sm suurune vedela verega täidetud õõs. Õõne sisepinda kattis seinapidine tromb tihke, kihilise lademenaga.

Seda õõnt ühendas perikardiõõnega väliskestas olev trombiga katmata ava. Piki kaart, samuti aordi rinna- ja kõhuosades avastati lahtikihistunud sein ja intima ning väliskesta vahel intramuraalne hematoom paksu tihkenenud trombimassist koosneva väädina, mille keskel oli kanal. See kanal algas ülalmainitud õõnest, kulgedes läbi kogu aordi. Kanali diameeter oli 1—1,5 sm. Niudearteri piirkonnas kanal hargnes kaheks ja lõppes umbes. Veresoonte seinte lahtikihistumine levis kõikidele tunduvas ulatuses aordist lähtuvatele suurtele arteritele, sealhulgas ka rangluualusele, une-, kõhu- ja niudearterile. Aordi ja suurte arterite histoloogilisel uurimisel avastati aterosklerootilisi ja teisi muutusi ei avastatud. Aordi läbilõikamisel avastati seina lahtikihistumise kohtades intramuraalse hematoomi trombimasside organiseerimise tunnuseid. Südames leidis mõõdukas pärgarterite aterosklerootiline kardioskleroos. Müokardi infarkti tunnuseid ei avastatud. Patoloogaantoomiline diagnoos: üldine aterosklerootiline, üleneva aordi ateromatoosne haavand, aordi ja selle suurte harude totaalne aneurüsm, südamepauna õõnde avanev aordi üleneva osa aneurüsmi rebend, südame tamponeerumine.

Meie poolt esitatud juhtum on nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt huvitav. Hämmastab aordi ja selle suurte harude tunduvas anatoomiliste muutuste terav mittevastavus vähestele kliinilistele andmetele. Totaalse

lahtikihistava aneurüsmi kliiniline pilt simuleeris antud juhul müokardi infarkti peensusteni. Aordiseinu lahtikihistava aneurüsmi tekkepõhjuseks oli ateroskleroos. Haiguse arenemisel etendas olulist osa füüsiline pingutus 2. veebruaril puulõhkumisel. Aordi ja selle harude seinte tunduvat lahtikihistumist soodustas rahu ja ravi puudumine pikema aja jooksul pärast haigestumist. Aordi ja selle harude seina irdumise intensiivne protsess kulges mitmes etapis, peamiselt umbes 12 päeva jooksul. Hiljem vähenes lahtikihistumise intensiivsus absoluutse rahu ja ravimise mõjul tunduvalt. Haige subjektiivne seisund oli hea ja haige elas mitu nädalat. Aneurüsmi rebend tekkis hemodünaamika muutumise tagajärjel haige istuli tõusmisel.

Laiba uurimisel avastatud intramuraalse hemotoomi trombimassi rekanalisatsioon osutub nähtavasti harulduseks. Meile kättesaadavas kirjanduses andmeid selle kohta ei leidunud. Trombimassi kanal tekkis vere tungimisest tugeva rõhu all läbi intima defekti aordi ülenevasse osasse.

Meie tähelepanekust ja kirjanduse andmetest võib teha järgmise kokkuvõtte.

1. Aordiseinu lahtikihistav aneurüsm võib anda väga mitmesuguseid sümptoome, mis ongi selle haiguse elupuhuse diagnoosimata põhjuseks. Meie poolt esitatud juhul simuleeris aordiseinu lahtikihistav aneurüsm kuni üksikasjadeni müokardi infarkti.

2. Aordiseinu lahtikihistava aneurüsmiga haigeid tuleb hoida pikema aja jooksul rangel voodirežiimil, et vältida aneurüsmi võimalikku rebenemist.

KIRJANDUS

1. Авдеев М. И. Материалы к характеристике внезапной и скоропостижной смерти в молодом возрасте. Вопросы судмедэкспертизы, вып. 3. 1958 г. — 2. Абрикосов А. И. и Струков А. И. Патологическая анатомия ч. 2, М., 1954. — 3. Вайсбейн С. Г. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. М. 1957. — 4. Гельштейн Э. М. и Зеленин В. Ф. Частная патология и терапия внутренних болезней. М. 1949. — 5. Добряк В. И. К вопросу о расслаивающей аневризме кровеносных сосудов. Реф. науч. докладов Одесского НОСМ и К. Одесса, 1956. — 6. Золотовская В. А. К морфологии спонтанных разрывов аорты. Материалы III всесоюз. конф. судмедэкспертов. Рига, 1957. — 8. Касьянов М. И. Судебно-медицинская экспертиза в случаях скоропостижной смерти. М., 1956. — 9. Парташников М. Б. Неотложная терапевтическая помощь. Госмедгиз УССР., 1951. — 10. Черкас Е. В. Врачебн. дело 3, 282, 1958. — 11. Черноуцкий М. Б. Диагностика внутренних болезней.

Тотальная расслаивающая аневризма аорты, симулировавшая инфаркт миокарда

А. Лукаш и Е. Пшеничникова

Резюме

Разрывы аневризма аорты в практике судебно-медицинского эксперта встречаются сравнительно часто.

Мы встретились с тотальной расслаивающей аневризмой аорты у больного Н., 54 лет. Заболевание было связано с атеросклерозом.

Наши практические наблюдения, а также литературные данные позволяют сделать следующие выводы: 1) расслаивающая аневризма аорты может давать разнообразную симптоматику, что и является причиной нераспознавания этого заболевания при жизни; в наблюдавшемся нами случае расслаивающая аневризма аорты до деталей симулировала инфаркт миокарда; 2) больные с расслаивающей аневризмой должны длительно находиться на строжайшем постельном режиме с целью предотвращения разрыва аневризмы.

BESNIER-BOECK-SCHAUMANN'I HAIGUSEST

Arstiteaduse kandidaat H. Sillastu

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent K. Kõrge)

Üheks vähem tuntuks, kuid võrdlemisi aktuaalseks küsimuseks tänapäeva kliinilises praktikas tuleb kahtlemata pidada Besnier-Boeck-Schaumann'i haigust kogu selle vormide mitmekesisuses. Eriti tähtsa koha omavad mainitud haiguse kopsuvormid intratorakaalses patoloogias huvitades ühte viisi nii ftisiaatreid, interniste, röntgenolooge kui ka onkolooge.

Üldiselt tuntakse meil aga Besnier-Boeck-Schaumann'i haigust, selle diagnostika- ja ravialaseid küsimusi ikkagi vähe. Viimaste, eriti selle tõve kopsuvormide, lähemaks selgitamiseks on mõeldud ka käesolev artikkel, sest nõukogude meditsiinilises ajakirjanduses on vastavat küsimust käsitlenud ainult vähesed autorid (1, 2, 3).

1889. a. prantslane Besnier ja 1899. a. norralane Boeck kirjeldasid iseseisvalt mikroskoopilise pildi alusel naha infiltraate, mida esimene nimetas *lupus pernio*'ks, teine — «naha multiibelseks healoomuliseks sarkoidiks», hiljem «healoomuliseks miliaarlupoidiks». 1914. a. näitas rootslane Schaumann omakorda, et naha kahjustused, mida Besnier ja Boeck kirjeldasid, kujutasid vaid ühe haiguse eri vorme, mis võis tabada mitmesuguseid organeid ja organisüsteeme, nagu kopse, maksa, lümfisõlmi, põrna, luuüdi jt.

Kuna vastava nosoloogilise ühiku kirjeldamine ja teaduslik põhjendamine on seotud kolme eelpoolmainitud teadlase nimega, siis nimetataksegi seda tõbe Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguseks. Sama haiguse sünonüümidenä esinevad kirjanduses ka nimed, nagu Boeck'i sarkoid, Besnier' haigus, Jünglings'i haigus, Heerfordt'i haigus, healoomuline lümfogranulomatoos, mittejuustunduv tuberkuloos jt. Kaasaegses anglo-ameerika meditsiinilises kirjanduses on see levinud peamiselt sarkoidoosi nime all.

Kui Besnier-Boeck-Schaumann'i haigust peeti kuni viimase ajani suhteliselt harvaesinevaks, siis on hilisem praktika teinud selles arvestuses nii mõnegi korrektuuri. Üha sagedamini diagnoositavaid Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguse juhtumeid tuleb seletada selle haiguse põhjalikumal tundmaõppimisega ning eksidiagnooside vähenemisega.

Haigestumine on sagedasem 20—50 a. vanuses. Enamasti haigestuvad naised. Robbins'i (4) andmeil haigestuvad naised isegi kaks korda sagedamini meestest.

Mida siis kujutab endast Besnier-Boeck-Schaumann'i haigus? See on mitmesuguse kliinilise pildi ja kroonilise kuluga haigus, mis iseloomustub mittejuustunduvate granuloomide tekkega paljudes organeis või kudedes. Eriti sageli on tabatud kopsud ja lümfisüsteem, kuid ka naha, luude, põrna, maksa jt. organite granulomatoosne kahjustus pole haruldane. Tavaliselt on haaratud mitmed organid, mistõttu mõiste «kopsuvorm» on sageli suhteline. Loncope ja Freiman (5) esitavad järgmised andmed selle haiguse lokalisatsiooni kohta: kopsud 86%, lümfisõlmed 86%, maks 65%, põrn 63%, Edasi järgnevad süda (20%), neerud (19%), luuüdi (17%) ja pankreas (6%).

Mittejuustunduvad granuloomid moodustuvad epiteloidsete rakkude kogumikest, mis on sageli ümbritsetud fibroplastide kitsast ääriskihist. Viimases võib mõnikord täheldada väheste lümfotsüütide olemasolu. Epiteloidsete rakkude vahel esineb rohkesti nii võõrkeha- kui Langhans'i rakkude tüüpi hiidrakke. Nii hiid- kui epiteloidsete rakkude tsütoplasmas on sedastatavad kaht tüüpi inklusioonikehad — ühed tähekujulised, haralised; teised ümmargused või ovaalsed.

Kui tuberkuloosile patognomooniline tuberkul iseloomustab samuti epitelioidsete ja hiidrakkude olemasoluga, mis on ümbritsetud lümfotsüütide vallist, siis Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguse granuloomile on omane lümfotsüütide vähesus või puudumine (seda muidugi juhul, kui uurimismaterjaliks pole lümfisõlm). See on oluline diferentsiaaldiagnostilisest aspektist. Viimast täiendab veel asjaolu, et kui tuberkuloosse granuloomi puhul tekib kaseos, siis puudub see käsiteldavale tõvele iseloomulikus granuloomis. Mõningate degeneratiivsete muutuste tekkele suuremates ning tõenäoliselt vanemate sõlmede tsentrumis viitavad Hinshaw ja Garland (6). Kaseoosi esinemisel pole kirjeldatud granuloom diferentseeritav tuberkuloosi omast.

Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguse etioloogia ei ole senini veel selge. Varem levinud arvamust selle haiguse tuberkuloosest etioloogiast ei poolda enamik tänapäeva uurijatest, ehkki see küsimus pole veel lõplikult lahendatud. Huvi pakuvad Refwen'i (7) uusimad läheiepanekud teatavate antigeen-antikeha komplekside sarkoidset kude moodustavast võimest nende fosfolipiidide sisaldusest põhjustatud hüperergilisuse foonil. Oma töö alusel oletab Refwen, et Besnier-Boeck-Schaumann'i haigus on seisund, mis tekib hüperergilise reaktsioonina mitmesugustele agensitele fosfolipiidide juuresolekul. Kas see on nii — see vajab edasist tõestamist. Kuid üheaegselt fosfolipiidide osa rõhutamiseega toetab see teooria selle tõve etioloogia mittespetsiifilisust.

Kliiniliselt iseloomustub Besnier-Boeck-Schaumann'i haigus kroonilise, vahel aastakümneid kestva kuluga, kus perioodilistele halvenemistele järgnevad remissioonid.

Väsimus, kaalu kaotus, kõha, vähene rögaeritus, ebamäärased valud rinnus, düspnoe ja subfebrilised temperatuurid — need võivad olla haiguse esimesed sümptoomid. Haiguse kaugelearenenud juhtudel on sedastatav tugevam düspnoe, mis tavaliselt siiski ei vasta kopsude tabatuse ulatusele. Haiguse hilisperioodil kujuneb parema südamepoole insuffsentsus, *cor pulmonale*, koos vastava sümptomatoloogiaga.

Haigete stetakustilise uurimise leid on enamikul juhtudest väga vähene. Seda isegi küllaltki ulatuslike kopsuprotsesside puhul. Sagedamini täheldatavaks leiuks on perkutoorselt kõla lühenemine, relatiivse tumestuse teke, ja auskultatoorselt hingamiskahina nõrgenemine.

Kopsude tabatust visualiseerib röntgenoloogiline uurimine. Röntgenoloogilise leiu järgi jactatakse Besnier-Boeck-Schaumann'i haigus 3 staadiumi ja 6 faasi.

Nagu eespool öeldud, on mõiste «kopsuvorm» suhteline, sest vägagi sageli haaratakse ka teised organid. Nendest on iseloomulikumad perifeersete lümfisõlmede suurenemine (mis on tavaliselt tugeva konsistentsiga, isoleeritud, valutud), silma kahjustus iriidotsüklidina, kõvad valutud infiltraadid nahas, närvisüsteemi kahjustus mitmesuguste pareesidena, maksa ja põrna suurenemine, luude (eriti faalanksite) kahjustus osteoporoosina või tsüstilise ostiidina.

Mis puutub laboratoorsesse analüüsis, siis on need enamasti mittekarakteristid. Sagedamini on täheldatav kerge aneemia, mõõdukas eosinofiilia või monotsütoos, hüperglobuliineemia, eriti gamma-globuliinide (mõnikord ka beeta-globuliinide) tõus ja albumiinide langus, hüperkaltseemia ning vere aluselise fosfataasi kõrge väärtused. Sageli esineb ka vere jääklämmastiku väärtuste kõrge väärtused. Erütrotsüütide settimereaktsioon on tavaliselt kõrge väärtused, kuid võib olla ka normaalne. Nickerson-Kveim'i testi, mida varem peeti heaks diagnostiliseks näitajaks, võib tänapäeval pidada vaid üheks täiendavaks, seejuures küllaltki komplitseeritud uurimisnäitajaks. Pirquet' ja Mantoux' tuberkuliinitestid on 70—80% juhtudest negatiivsed.

Järgnevalt vaatleksime üht Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonnas diagnoositud Besnier-Boeck-Schaumann'i tõve juhtu:

35-aastane naine T. V. haigestus 1958. a. oktoobris kõrge temperatuuri ja valudega vasakul rindkere ülaosas. Esines köha ja vähene rögaeritus. Haiget raviti kodus antibiootikumide ja norsulfasooliga, selle tõttu enesetunne paranes, temperatuur normaliseerus. Edaspidi tekkis patsiendil aga üha tugevnev hingeldus. Esinesid valud mõlemal rindkere poolel (mis polnud seostatavad hingamisega), köha, röga ning subfebrilised temperatuurid (eriti õhtuti). Diagnoosi ja vastava ravi määramiseks hospitaliseeriti haige korduvalt Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonda.

Põhilised laboratoorsed näitajad — veri: Er. 4,3 milj. mm³, Hgl. 87%, Lk. 6900 mm³: eosinof. 5%, segmentt. 73%, lümfots. 17%, monots. 5%. SR — 15 mm 1 tunnis. Vere seerumivalgud — koguvalk 8,49 g%: album. 44,9 rel.%, alfa₁-glob. 2,9 rel.%, alfa₂-glob. 10,1 rel.%, beeta glob. 11,6 rel.% ja gammaglob. 30,4 rel.%. Seerumi kaltsiumisisaldus 11,8 mg%. Vere jääklämmastik 33,5 mg%. Tuberkuloosibakterite leid rõgas negatiivne. Mantoux' reaktsioon lahjenduses 1:10000 negatiivne.

Röntgenoskoopiliselt ja -graafiliselt hiilused bilateraalselt tugevasti laienenud, homogeense tumorosse ilmega. Vasema hiiluse ülaosast väljuvad jämedad väädid kopsu ülaossa. Mõlemas kopsus rohkesti peenekoldelisi ja väätjaid muutusi. Röntgenogramm sõrmedest ja labakätest patoloogiliste muutusteta.

Biopsia subklavikulaarsetest lümfisõlmest: mikroskoopiliselt sidekoe vahangu kõrval leidub mõningaid koldeid heledatest epitelioidseid rakke meenutavatest rakkudest, nekroos puudub. Diagnoos — krooniline lümfadeniit (sarkoidi võimalus).

Arvestades esitatud uuringute andmeid diagnoositi Besnier-Boeck-Schaumann'i haigust. Manustati AKTH-i (mida algul kombineeriti streptomütsiiniga), hiljem prednisooni. Ravi vältel haigel paranes subjektiivne ja objektiivne seisund tunduvalt (hingeldus oli peaaegu kadunud, suurenes vitaalkapatsiteet, röntgenoloogiliselt oli haigusprotsess kopsudes osaliselt taandarenenud).

Nagu esitatust nähtub, pole Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguse diagnoosimine sugugi kerge, vaid kujutab endast rasket, nn. töödiagnoosi. Kuid õmeti — vähesed subjektiivsed kaebused, kopsude bilateraalse kahjustuse röntgenoloogiline leid, negatiivsed tuberkuliinitestid, mükobakterite mitteleidmine (isegi mitte kulturaalselt ning ka meriseal), gammaglobuliinide tõus, hüperkaltseemia, kõrgenenud vere aluselise fosfataasi väärtused, teiste organite samaaegne haigestumine, karakterne patoloogilis-histoloogiline leid ning lõpuks teiste granulomatoosete haiguste väljalülitamine — need kõik moodustavad olulisi tugipunkte selle haiguse diagnoosimisel.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleks eelkõige mõelda tuberkuloosile, lümfogranulomatoosile, lümfosarkoomile, aga ka leukeemiale, kopsuvähile, pneumokonioosidele, aktinomükoosile, miliaarsele bronhopneumooniale, luesele jlt.

Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguse ravimisel diferentseeritakse kahesugust paranemist: 1) *restitutio ad integrum* ja 2) granulomatoosse koe hüaliniseerumine ja fibroseerumine. Parimaid ravitulemusi on seni saavutatud kortisooni ja AKTH kasutamisega (9, 10, 11), seda eriti pikaajalisel manustamisel. Päikeseravi toimet rõhutavad Hinshaw ja Garland (6).

Vaatamata Besnier-Boeck-Schaumann'i haiguse üldiselt healoomulisele kulule ja võrdlemisi sagedasele spontaansele paranemisele (eriti 1. staadiumis), tuleb haiguse kestvama kulu puhul mõelda fibroosi ja emfüseemi arengule kopsudes ning haigete võimalikule invaliidistumisele.

KIRJANDUS

1. Вильнянский Л. И., Палей А. Ю. Клинич. медицина, 11, 47—53, 1957 — 2. Кассирский И. А. Клинич. медицина, 12, 30—37, 1957 — 3. Коровина Ю. П. Проблемы туберкулеза, 3, 36—43, 1958. — 4. Robbins, S.L. Textbook of pathology, Philadelphia-London, 1957. — 5. Lonscope, W., Freiman, D. — tsit. V. A. Solovjova j., Современные проблемы туберкулеза, 2, 3—14, 1956. — 6. Hinshaw, H. C., Garland, L. H. Diseases of the chest, Philadelphia-London, 1956. — 7. Rewfen — tsit. Turiafi j., Besnier-Schaumann disease, Excerpta Medica, XV, Chest dis., 11, 3,

129—133, 1958. — 8. Lindig, W. Lungenkrankheiten im Röntgenbild I, Leipzig, 445—492, 1957. — 9. Andersen, H. Acta pediatr., 45, 4, 343—347, 1956. — 10. James, D. G. Brit. Med. J., 4998, 900—904, 1956. — 11. Rudberg-Roos, I., Roos, B. E. Acta tuberc. scand., 35, 1, 49—66, 1958.

О болезни Бенье-Бека-Шаумана

Х. Силласту

Резюме

Этиология болезни Бенье-Бека-Шаумана до настоящего времени не выяснена. Течение болезни хроническое, со скудными клиническими симптомами. Диагностика заболевания трудна. Установление диагноза достигается сопоставлением клинических, лабораторных и патогистологических данных. Лучшие результаты лечения были до сих пор достигнуты применением кортизона и АКГГ.

REOVASOGRAAFIAST RASEDATEL

S. Naarits

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Ginekoloogia Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetaja liige professor P. Belošapko)

Nagu teada, põhineb reovasograafia kudede muutuva takistuse registreerimisel. 1945. a. soovitasid Holzer, Polzer ja Marko esmakordselt kasutada kudede elektrilise juhtivuse muutumise printsiipi vereringe uurimiseks kõrgsagedusvoolu abil. Nad nimetasid oma meetodit reokardiograafiaks. Hiljem nimetas Jantsch seda meetodit reovasograafiaks, Kerschner — reoangiograafiaks, Kaindl — reograafiaks, Karelin — reovasograafiaks. Kirjandus reovasograafia kliinilise kasutamise kohta on piiratud. Vereringe kiiruse määramiseks kasutasid seda meetodit A. Bronštein ja A. Libedinski 1950. a., A. Kedrov ja A. Naumenko 1951, 1954. a., V. Karelin 1957. a., Kaindl 1954. a., Polzer, Schuhfried 1955. a. ning Hug 1956. a.

Reovasograafia abil võib valgustada perifeerse vereringe mõningaid külgi mitte ainult normaalseis tingimuses, vaid teha kindlaks ka selle iseärasused patoloogilistes tingimustes, nagu oblitereeruva endarteriidi (V. Karelin), operatiivsete vahelesegamiste (V. Karelin ja J. Potapov), narkoosi ning šokivastase ravi korral (V. Karelin),aju vereringehäirete (Kaindl) ja südamevigade puhul (Wick, Gehmacher, Pärtan) jne.

Seejuures ei leidnud me kirjanduses andmeid selle meetodi kasutamisest normaalse raseduse ning rasedate varikoossete veenilaiendite korral.

Reovasograaf, mida me kasutasime, kujutab endast kõrgsagedusvoolu generaatorit optimaalse voolusagedusega, mis võrdub selle meetodika jaoks 600 KHz. Generaator töötab kuivelementide alalisvooluga. Saadud elektrilised signaalid võimendatakse ning registreeritakse tavalise elektrokardiograafi abil.

Uurimine toimus alati ühel ning samal kellaajal. Temperatuur ruumis oli 18—20° C. Rase asetati kušetile selili, väljasirutatud jalgadega. Mõlemad jalad paljastati. Pärast 30 minutilist rahulikku lamamist asetati üks 12 sm² suurusest elektrootidest põlveõndlasse, teine sama jala suure varba alumisele pinnale. Elektrootid kaeti kahekordse marliga, mida niisutati füsioloogilises lahuses. Marli fikseeriti kummisidemete abil. Selliselt registreeriti vereringe sääre ulatuses pikilülituse teel.

Reovasograafia teostati 80 rasedal, enamikul neist mõlemal säärel. Kokku saadi 306 reovasogrammi. Rasedaist olid 10 terved. Iga rasedat reovasografeeriti raseduse kestel korduvalt ning ka pärast sünnitust.

70-l rasedal olid jalgade veenid varikoosselt laienenud. 30 rasedat reovasografeeriti ainult üks kord, kusjuures rasedusjärgud olid erinevad. 40 rasedat sellest grupist reovasografeeriti korduvalt eri rasedusjärgus ning pärast sünnitust.

Reovasogrammide lugemine oli teatud määral raskendatud, sest kuni viimase ajani nende tõlgendamine ei ole kirjanduse andmeil veel lõplikult lahendatud ning põhineb teatud määral arvamustel ja oletustel. Siiski ühtivad kõigi reovasograafiaga tegelevate autorite arvamused aga järgmises: tervetel inimestel on reovasogrammide kõver ühte tüüpi; koosneb seaduspäraselt korduvaist ühetaolistest kompleksidest, kusjuures iga kompleks sisaldab üht allasuunatud põhi- ehk suurt sakk ja kaht sellele järgnevat allasuunatud lisa- e. väikest sakk (reovasogramm nr. 1).

Reovasogrammide detailsemal võrdlemisel võime täheldada erinevusi põhisaki ning lisasakkide kõrguses ja laiuses, sakkide laskuva ja tõusva sääre vahekordades, nende tippudevahelistes kaugustes jne. Selles suhtes erinevad reovasogrammid iseloomustavad iga uuritava individuaalseid erinevusi.

Spetsiaalsete uurimustega õnnestus selgitada, et reovasogrammiid peegeldavad funktsionaalseid muutusi, mis toimuvad kudedes ja on seotud arteriaalse vereringvoolu kiirusega.

Seejuures tehti kindlaks, et suur ehk põhisakk peegeldab vere puisikiirendust, mis on põhjustatud südame süstolist, lisa- ehk väikesed sakid aga on seotud verevoolu kiirendusega veresoonte seinte elastse jõu toimel (V. Karelin).

Niisiis, kui põhisaki teke on seotud peamiselt südame vasaku vatsakese süstoliga, siis peegeldavad lisasakid arterite seinte toonust antud piirkonnas. Mida madalam on toonus, seda suurem on verevoolu kiirendus, mida põhjustab pulsiline peegeldumine arteri seinast ja vastupidi, kui veresoonkonna toonus on tõusnud, siis on verevoolu kiirendus väiksem. Esimesel juhul on täiendavad sakid eriti hästi välja kujunenud, teisel juhul aga vähenenud või täiesti kadunud (V. Karelin). Väärib tähelepanu V. Karelini poolt kindlaks tehtud lisasakkide sügavuse otsene sõltuvus arteriaalse vererõhu kõrgusest: madalama arteriaalse vererõhu korral on lisasakid tugevamini välja kujunenud kui kõrge arteriaalse vererõhu puhul.

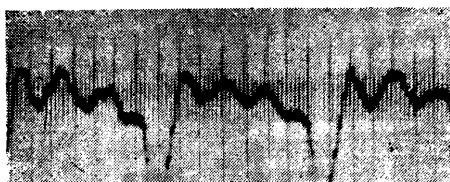
Meie kasutasime reovasograafiat tüsistusteta ning jalgade varikoosseist veenilaiendeist tüsistunud raseduse korral, oletades, et vencosse vereringe häired võivad avaldada teatud mõju ka arteriaalsele vereringele. Teoreetiliseks aluseks sellele oletusele oli arteriovenoossete anastomooside olemasolu, samanimeliste arterite ja veenide innervatsiooni omavaheline seos ning veenide suur tähtsus vereringe regulatsioonis.

Enamiku uuritavate rasedate vanus oli 20—30 aastat. Reovasograafia viidi läbi erinevail rasedusaegadel: 19.—40. rasedusnädalani ja mõni nädal või kuu pärast sünnitust.

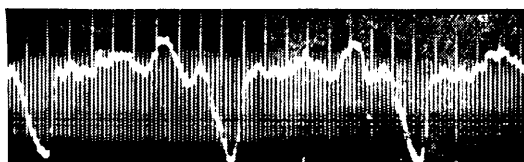
Reovasogramme vaadeldes võisime eelkõige täheldada, et kõigi rasedate reovasogrammid sarnanevad täpselt konfiguratsioonilt reovasogrammidega, mis on tüüpilised kõigile mitterasedaile tervetele inimestele, vaatamata soole.

Edasi selgus, et hilisemas rasedusjärgus suuremal osal juhtudest põhi- ja lisasakid vähenesid, pärast sünnitust aga suurenesid (reovasogramm id ja 3).

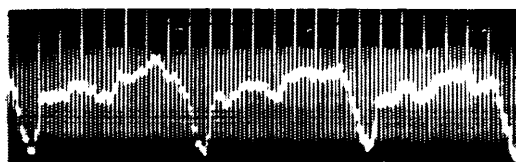
Ülalpool toodud seaduspärasused esinesid nii tüsistusteta raseduse puhul kui ka rasedail, kellel esinesid varikoossed veenilaiendid. Viimase grupi rasedate reovasogrammidel olid siiski teatud iseärasused: samal ajal, kui tüsistusteta raseduskulu puhul reovasogrammidel peale põhisaki esines kaks lisasakki, võisime rasedail varikoossete veenilaienditega reo-



Reovasogramm nr. 1. Pikilülitus paremal säärel. 27-aastane terve naine.

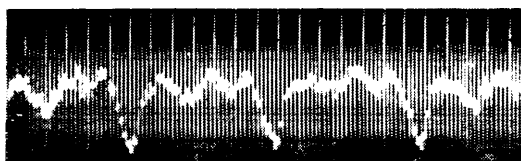


Vasak jalg

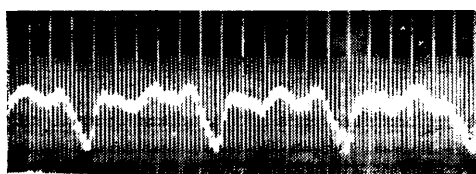


Parem jalg

Reovasogramm nr. 2-a. Patsient S., 34 aastat vana. Reovasogramm on tehtud raseduse 32.—33. nädalal.

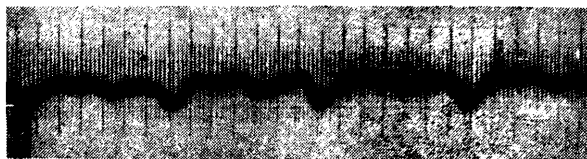


Vasak jalg

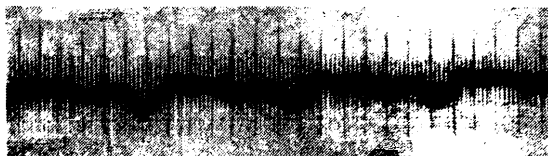


Parem jalg

Reovasogramm nr. 2-b samal patsiendil raseduse 38. nädalal. Sakkide suurus on vähenenud

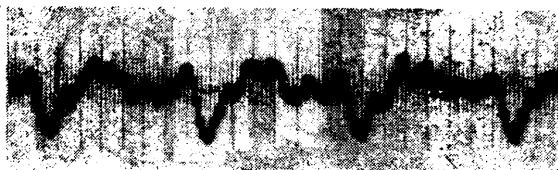


Vasak jalg

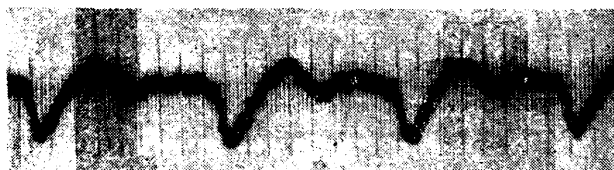


Parem jalg

Reovasogramm nr. 3-a. Patsient K., 28 aastat vana. Reovasogramm on tehtud raseduse 33.—34. nädalal

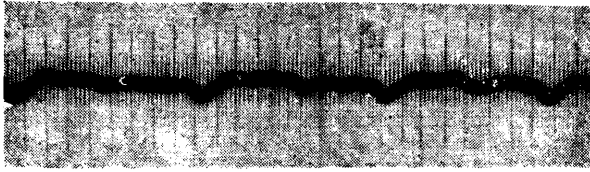


Vasak jalg

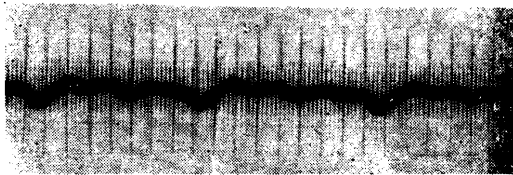


Parem jalg

Reovasogramm nr. 3-b tehtud samal patsiendil 6 nädalat pärast sünnitust. Edasi selgus, et sakkide suurus sõltub arteriaalse vererõhu kõrgusest, mida kinnitavad V. A. Kareleni andmed mitterasedail.

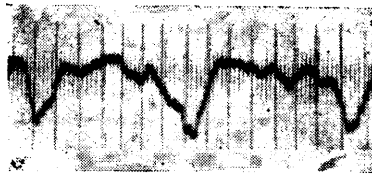


Vasak jalg

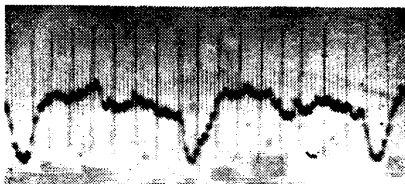


Parem jalg

Reovasogramm nr. 4-a. Patsient K., 28 aastat vana. Reovasogramm on tehtud raseduse 34.—35. nädalal. Vererõhk 135/90 mm/Hg.

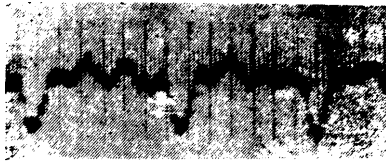


Vasak jalg

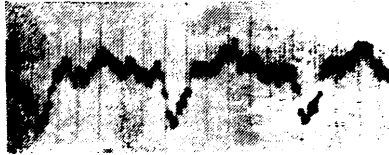


Parem jalg

Reovasogramm nr. 4-b. samal patsiendil pärast sünnitust. Arteriaalne vererõhk 105/60 mm/Hg. Arteriaalse vererõhu langusega kaasus põhi- ja lisasakkide amplituudi kasv.



Vasak jalg

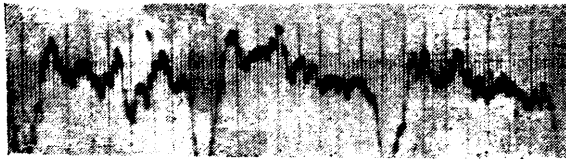


Parem jalg

Reovasogramm nr. 5. Patsient K., 37 aastat vana. Reovasogramm on tehtud tüsistusega raseduse 32.—33. nädalal.



Vasak jalg



Parem jalg

Reovasogramm nr. 6. Patsient M., 27 aastat vana. Reovasogramm on tehtud raseduse 24. nädalal. Varikoossed veenilaiendid jalgadel.

vasogrammidel täheldada suuremal osal juhtudest rohkem lisasakke (reovasogrammid 5 ja 6).

Saadud reovasograafia andmed rasedail lubavad teha järgmise kokkuvõtte.

Nagu juba eelpool tähendasime, sõltuvad muutused reovasogrammidel eelkõige arteriaalse vereringe kiirusest. Sellest lähtudes on raseduse hilisemas järgus esinev sakkide vähenemine tunnistuseks antud piirkonnas esineva arteriaalse verevoolu aeglustumisest, olles esmajoones seoses vere-soonte seinte toonuse tõusuga. Reovasogrammidel täheldatud sakkide suurenemine pärast sünnitust osutab veresoonte seinte toonuse langusele ning arteriaalse verevoolu kiirenemisele antud piirkonnas. Analoogiline tähendus on ka arteriaalse vererõhu muutustel: arteriaalse vererõhu langus põhjustab vere ringvoolu kiirenemist (sakkide amplituudi kasv), vererõhu tõus — vere ringvoolu aeglustumist (sakkide amplituudi vähenemine). Meie poolt täheldatud lisasakkide arvu kasv rasedail varikoossete veenilaienditega lubab oletada, et nimetatud patoloogia on häiritud hemodünaamika väljenduseks, mis mõjustab ka arteriaalset vereringet alajäsemeis.

KIRJANDUS

1. Бронштейн А. И. и Либединский А. В. Цит. по Карелину В. А. — 2 Карелин В. А. Хирургия, 1957, 1, 34 — 3. Карелин В. А. и Потапов Е. Г. Клинич. медицина, 1957, 11, 125 — 4. Кедров А. А. Клинич. медицина 1941, т. 19, 1, 71. — 5. Кедров А. А. и Науменко А. И. Физиол. ж. СССР 1951, 37, 4, 431. — 6. Gel-macher, K., Pärtan, J. Z. Kreislaufforsch. 1955, 44, N. 15—16, 613—620. — 7. Holzer, W., Polzer, K. u. Marko, A. Rheokardiographie, Wien, 1945. — 8. Hug, H. Neuralmedizin, 1956, 4, N. 1, 7—14. — 9. Jantsch, H. Wien. med. Wschr., 1950, 100, 478. — 10. Kaindl, F. Arch. Kreislaufforsch., 1954, 20, N. 7—12, 247—286. — 11. Kerschner, W. Wien. Z. Inn. Med., 1950, 31, 207. — 12. Pol-zer, K. Schuhfried, F. Z. Kreislaufforsch., 1955, 44, N. 15—16, 631—636. — 13. Wick, E. Z. Kreislaufforsch., 1955, 44, N. 21—22, 857—865.

О реовазографии у беременных

С. Нааритс

Резюме

Методом реовазографии (на голених путем продольного отведения) были обследо-ваны 80 беременных женщин. Всего было снято 306 реовазограмм в разные сроки бере-менности и после родов, из них 58 у 10 здоровых беременных и 248 у 70, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей. Реовазограммы позволили устано-вить ряд особенностей кровообращения в нижних конечностях у беременных женщин. Наблюдающиеся на реовазограммах изменения прежде всего зависят от скорости ар-териального кровообращения. С этой точки зрения уменьшение степени выраженности зубцов, по мере увеличения срока беременности свидетельствует о замедлении скорости кровотока по артериям данной области и связано в первую очередь с повышенном тонуса сосудистых стенок. После родов же мы имели на реовазограммах более выраженные зубцы, что указывает на понижение тонуса сосудистых стенок и ускорение кровотока в артериях данной области. Аналогичное значение имеет изменение артериального дав-ления. Его уменьшение обуславливает ускорение кровообращения (увеличение глубины зубцов), а его увеличение — замедление тока крови (уменьшение глубины зубцов). Об-наруженное нами на реовазограммах у большинства беременных женщин с варикозным расширением вен увеличение числа дополнительных зубцов дает основание предполагать, что рассматриваемая патология представляет собой проявление нарушенной гемодина-мики, что безразлично для артериального кровообращения в нижних конечностях.

REUMATISM LASTEL

E. Müllerbek

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor
arstiteaduse kandidaat P. B o g o v s k i)

Laste reumasse haigestumuse uurimist Tallinnas alustasime 1957. a. Tallinna Lastepolikliiniku reumakabineti baasil, mis loodi 1952. aastal.

Professor A. Kiseli initsiatiivil hakati Nõukogude Liidus 30-datel aastatel organiseerima lastepolikliinikute juures reumakabinette, millel oli laste reumatismi vastu võitlemisel suur tähtsus. Nende kabinetide mitmesuguste ülesannete hulka kuulub peamiselt: 1) teenindatavates rajoonides laste, samuti reumakahtlaste ja reumaohus olevate laste hulgas reuma levimise arvestamine ja 2) arvele võetud laste süstemaatiline kontrollimine, neid ümbritseva keskkonna uurimine ja reuma teket soodustavate või pidurdavate tegurite väljaselgitamine.

Esiolgu täitis Tallinna Lastepolikliiniku reumakabinet peamiselt konsultatiivse keskuse ülesandeid. Tol ajal ei olnud dispanseerne teenindamine küllaldane, millest on tingitud ka reumat põdevate laste puudulik arvelevõtmine. Reumakabinetil ei olnud küllaldast sidet jaoskondade ja koolide pediatritega. Kabineti puuduliku metoodilise juhtimise tõttu ei hinnatud neil aastatel reumaga seosesolevaid küsimusi küllaldaselt. Reuma diagnoosimine ei olnud vajalikul tasemel. Isegi lapsed, kes viibisid ägeda reumaga statsionaarsel ravil, ei olnud reumakabinetis arvele võetud ega viibinud alalise järelvalve all.

Reumahaigete mittetäielik arvestus viis selleni, et nende arv igaaastastes ametlikes aastaaruannetes vähenes ning moodustas kooliõpilaste hulgas 0,4%, mis on tunduvalt madalam üleliidulisest keskmisest ja isegi reumatismi suhtes soodsates tingimustes olevatest maa lõuna- ja kesk-rajoonide näitajatest.

Õigema ettekujutuse saamiseks reumast kahjustatud lastest võeti reumakabineti poolt arvele mitte ainult ise kabineti poole pöördunud haiged, vaid ka kõik viimase 4—5 aasta jooksul ägedat reumat põdenud ja linna statsionaarides ravil viibinud lapsed.

Selgitustöö jaoskonna- ja koolipediatrite hulgas põhjustas nende poolt avastatud ja reumakabinetti suunatud haigete tunduva juurdevoolu.

Selle tagajärjel kabineti kartoteek, kus 1. jaanuaril 1957. a. oli 425 haige kaarti, kasvas 1. jaanuaril 1959. a. 1290 kaardini.

Tabel 1 peegeldab arvel olevate laste koosseisu.

Tabel 1

Tallinna Lastepolikliiniku reumakabinetis arvel olevate laste koosseis 1. jaan. 1959. a.

Haiguse vormid	Mere- rajoon	Kesk- rajoon	Kalinini rajoon	Kokku abso- luut- arvudes	Protsen- tides
Reumatismi südame-liigeste ja liigeste vormid	126	113	127	366	41
Reumatismi südame vorm	157	134	142	416	46,5
Reumatismi närviorm (väike korea)	53	19	39	111	12,4
Kokku reumahaigeid	336	266	291	893	
Mitmesugused reumakahtlased seisundid	83	133	125	341	
Südame kaasasündinud arenguvead	20	19	17	56	
Kokku kabinetis arvel	439	418	433	1290	

Arvelevõetud lastest põdes 1952. a. kuni 1958. a. 893 inimest mitmesugust ägedat või latentset reumatismivormi. Arvelolevate reumahaigete jagunemine soo ja vanuse järgi on toodud tabelis nr. 2.

Tabel 2

Reumahaigete jagunemine soo ja vanuse järgi

Haiguse vorm poegl. tütarl.	kuni 3 aastat		kuni 12 aastat		üle 12 aasta	
	poisid	tüdrukud	poisid	tüdrukud	poisid	tüdrukud
Südame ja veresoonte .	29	19	67	76	79	96
Südame vorm	45	32	75	81	71	112
Korea	14	14	22	15	18	28
	88	65	164	172	168	236
Kokku igas vanuserühmas	153 (17,1%)		336 (37,6%)		404 (45,1%)	

Tabelist nr. 2. nähtub, et tütarlapsi oli 473, poeglapsi — 420. Mõlemas tabelis toodud andmete analüüsimisel selgub, et laste reumatismil on Tallinnas mõned iseärasused. Südame-, veresoonte- ja liigesereuma vorme põdevaid lapsi on 41% reumahaigete üldarvust, reuma südamevormi põdevaid 46,5% ja närvivormi (väike korea) — 12,4%.

A. Voloviki andmetel esineb liigesevorme 58%, koreaga vorme 26% ja südamevormi 16%. M. Tsõmbal ja E. Antokolskaja täheldasid südamevormi esinemist 24 protsendil juhtudest.

Umbes samasugust vahekorda märgivad ka teised autorid.

Seega esineb Tallinnas reuma närvivorme vähe ja südamevormi rohkesti.

Seda saab nähtavasti teatud määral seletada asjaoluga, et reumatismi põdevate laste hulgas on võrdlemisi palju kuni 3 aasta vanuseid lapsi (17,1%), kes põevad sagedamini reuma kardiaalset vormi. Paljud autorid (A. Volovik, O. Motšak jt.) viitavad sellele, et reumatism esineb eelkooliealistel harva, umbes 3,5% kõigist lastehaigustest. Viimastel aastatel väidetakse (M. Bubnova, L. Šteinberg), et haigestumine reumatismi eelkooliealiste ja varaealiste laste hulgas sageneb. Nähtavasti leiab see aset ka meil.

Tabelist nr. 2 nähtub, et reumatismi põdevate poiste ja tüdrukute arv on meil peaaegu võrdne, samal ajal aga väidavad paljud autorid (J. Levitus, D. Spektorman jt.), et reumahaigeid tüdrukuid on neli korda rohkem, kui poisse. Nähtavasti on ka siin vanusel oma tähtsus, sest tabelist nr. 2 selgub, et kuni 3 aasta vanused poisid haigestuvad Tallinnas isegi sagedamini ning ainult ealt vanemate rühmas ületab tütarlaste haigestumine poeglaste haigestumiste arvu.

Alates 3 aasta vanuste reumat põdevate kooliõpilaste üldarv on 740 inimest, mis moodustab linna kooliõpilaste üldarvust 2,3%. See vastab ka üleliidulistele näitajatele, mis ulatuvad 1 kuni 3 protsendini (A. Volovik).

Suure tähtsusega reumatismi profülaktikas ja reumavastases võitluses on kõigi selle haiguse suhtes kahtlaste laste alatine jälgimine reumakabineti poolt. Sellesse rühma arvati mitmesuguste reumatismile iseloomulike kaebustega lapsed, samuti mitmesuguste südame muutustega lapsed, mis aga siiski ei lubanud täie kindlusega neil diagnoosida hooelset või ilma hoota kulgevat reumatismi. Nende hulka arvati ka kroonilist, sageli ägenevat tonsilliiti ja retsidiveeruvaid angiine põdevad lapsed, lapsed motiveerimata subfebriliteetidega jt. Selle rühma suurus on eri autoritel väga kõikuv. Näiteks J. Levitus ja D. Spektorman arvasid sellesse

rühma 50% reumahaigetest lastest. Professor Šteinberg mainib, et reumakabinetis peab olema järelevalve all reumakahtlasi lapsi vähemalt 2 korda rohkem kui kaheldamatu protsessiga haigeid.

1957. a. oli Tallinna reumakabinetis kahtlaste rühmas arvel 27 inimest. 1. jaan. 1959. a. tõusis laste arv selles rühmas 341 inimeseni (vt. tabel nr. 1). Nähtavasti kasvab laste arv selles rühmas veelgi. Selles rühmas arvel olevatele, reumast ohustatud lastele on erilise tähtsusega profülaktilised abinõud, nagu — ninakoopa, kurgu, suuõõne jt. saneerimine, samuti karastavad abinõud — ravikehakultuur, kerge sport, säästlik töörežiim, füsioteraapilised protseduurid jne.

Ägedate reumanähtudega laste põhimist kontingenti ravitakse Tallinna Lastehaiglas. Väga väike arv satub Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonda või ametkondlikesse haiglatesse. Uurisime Tallinna Lastehaiglas ajavahemikul 1952. a. kuni 1958. a. ravil viibinud laste haiguslugusid.

Haigete jaotumine haigusvormide ja soo järgi on toodud tabelis 3.

Tabel 3

1952. a. kuni 1958. a. Tallinna Lastehaiglas ravitud laste jaotumine haigusvormide lõppe ja soo järgi

Aasta	Laste arv	Neist			Lõpe südame-rikkega	Poisslaste arv	Tütarlaste arv
		südame vorm	südame-liigeste vorm	närvi-vorm (väike korea)			
1952	67	23	36	8	11	39	28
1953	72	26	30	16	18	28	44
1954	67	18	40	9	15	32	35
1955	55	22	26	7	6	27	28
1956	88	36	30	22	5	45	43
1957	133	45	59	29	28	58	75
1958	167	69	79	19	18	69	96
Kõik kokku	649	239	300	110	101	298	351
% üld-arvust		37%	46,1%	16,9%	15,5%	46%	53%

Kokku oli 7 aasta (1952—1958) jooksul haiglas ravil 649 reumahaiget last.

Tabeliga nr. 3 tutvumisel ilmneb, et alates 1956. a. kasvab aasta jooksul statsionaaris viibinud laste arv pidevalt. Kui 4 aasta jooksul (alates 1952. a. kuni 1956. a.) viibis haiglas ravil 261 haiget, siis ainult viimase kolme aasta (1956—1958) jooksul oli neid 388. Peale selle hospitaliseeriti 1958. a. 23 inimest reumatismi hoogudevahelisel perioodil.

Selline haigete arvu suurenemine statsionaaris on seoses reumahaigete laste teenindamise paranemisega viimastel aastatel lastehaiglas. Selles haiglas on reumahaigetele lastele selleks kohandatud korrusel spetsiaalsed palatid, haiglas on loodud reumahaigetele sanatoorne osakond 35 voodikohaga linnaäärses rajoonis. Sellesse osakonda suunatakse haigeid protsessi vaibumise faasis ägeda ataki lõpul.

Sellised tingimused tagavad õigeaegse hospitaliseerimise võimaluse ja saabuvate haigete täisväärtusliku ravimise ning kindlustavad täielikuma hospitaliseerimise kui seni.

Uuesti paistab silma reumatismi südamevormide suur arv (37%) võrreldes A. Voloviku ja teiste autorite andmetega, kes on uurinud reumatismi levimist NSV Liidu mitmesugustes rajoonides.

Statsionaaris viibinud reumahaigete tütarlaste arv on natuke kõrgem poeglaste arvust, mis on nähtavasti karakterne laste reumatismile meie linnas.

Statsionaaris reumatismiga ravil viibinute koguarvust tekkis südamerike 101 haigel, mis moodustab 15,5%. Südamerikete tekke vähenemist täheldatakse alates 1955. aastast. See on võrdlemisi soodne näitaja, sest mitmesuguste autorite kliiniliste andmete põhjal esinevad südamerikked 20—30% juhtudest. Reumaatiliste haiguste südameriketeks ülemineku vähenemisel on rida põhjusi. Esiteks kulgeb reuma viimastel aastatel palju kergemini. Teiseks on tähtis see asjaolu, et kliinik rikastus uute reumavastaste hormoon- ja kemoterapia preparaatidega. Suur tähtsus on ka hospitaliseerimise tingimustel ja selle kestusel. On täiesti ilmne, et pikaajaline hospitaliseerimine väldib reumast tulenevate südamerikete tekkimist. 27% statsionaaris ravitud lastest olid eelkooliealised. See on vastavuses viimasel ajal mainitud reumatismi «noorenemisega».

Tunduva hulga reumatismi põdevate ja reumakahtlaste laste olemasolu seab vastavad nõuded reumavastaste asutuste töö õigeks organiseerimiseks. Edaspidi tuleb reumatismi varajasi diagnoosimismeetodeid täiendada ja selle haiguse etappravi õigesti rakendada. Sanatoorse osakonna loomine reumahaigetele lastele haigla juures on suureks saavutuseks, kuid on vaja ka alaliselt töötavat sanatooriumi reumahaigetele lastele hoogudevahelisel perioodil ja metsakooli. Haigla sanatoorne osakond peab haiglas saavutatud ravitulemused lõpule viima ja muutma need püsivaiks. Alaliselt töötavad sanatoorium ja metsakool peavad reumaatikut hooval perioodil kontrollima ja vältima temal haiguse korduvate hoogude tekkimise võimalust. Sellised on reumahaigete laste etappravi rakendamise tähtsamad ülesanded.

K o k k u v ö t e

1. Tallinnas moodustab reumatismi levik kooliealiste laste hulgas 2,3%.

2. Käesoleval ajal olemasolevate andmete põhjal iseloomustub laste reumatism Tallinnas järgmiselt:

a) esineb tunduval hulgal reumatismi kahjustuste südamevorme (46,5%) ja võrdlemisi väike hulk närvivorme, s. o. väikest koread (12,4%)

b) registreeritakse palju haigestumisi varajases ja eelkoolieas (17,1% reumakabineti kontingendist ja 27% 7 aasta jooksul lastehaigla statsionaaris ravitute hulgas).

c) haigete tütarlaste arv on pisut suurem poeglaste arvust.

3. Reumahaigete laste õige etappravi kindlustamiseks ja nende hulgas profülaktilise töö teostamiseks on vaja edaspidi reumakabineti tööd tunduvalt tõhustada, parandada haigestunud laste hospitaliseerimise tingimusi, samuti tuleb nende jaoks organiseerida alaliselt töötav sanatoorium ja metsakool.

Ревматизм у детей

Е. Мюллербек

Резюме

Нами были изучены истории болезни детей, лечившихся в Таллинской детской больнице с 1952 по 1958 год. Из общего количества детей школьного возраста за этот период переболели ревматизмом 2,3%.

По имеющимся данным, заболевание детей ревматизмом характеризуется следующими особенностями: 1) отмечается значительное число сердечных форм ревматических поражений (46,5%) и сравнительно небольшое число нервных форм малой хореи (12,4%); 2) заметно много заболеваний в раннем и дошкольном возрастах — 17,1% из контингента ревмокабинета и 27% из лечившихся в течение 7 лет в стационаре детской больницы; 3) число больных девочек очень незначительно преобладает над числом мальчиков.

Для обеспечения правильного этапного лечения больных ревматизмом детей и проведения профилактических мероприятий среди них необходимо дальнейшее совершенствование работы ревмокабинета, улучшение условий госпитализации заболевших детей, а также организация для них постоянного санатория и лесной школы.

Esmase tuberkuloosse infektsiooni varasest perioodist lastel

L. Imelik

(Tallinna Linna Laste Tuberkuloosi Haiglast, peaarst L. Imelik)

Ammu on möödunud aeg, millal väideti, nagu kulgeks tuberkuloos algul hiilivalt ja täiesti ilma sümptoomideta. Sümptoomide (köha, verekiudude leidumine rögas, kõhnumine) ilmnemisel, mida peeti varem iseloomulikuks tuberkuloosi algstaadiumile, võis haigetel leida juba küllaltki kaugele arenenud muutusi organismis. Varem loeti tuberkuloosi diagnostikat õigeaegseks kui sedastati esmast tuberkulooset kompleksi, nagu bronhiaalnäärmete tuberkuloos, koldelised ja infiltratiivsed muutused kopsudes. Dissimineeritud protsesse, miliaarset tuberkuloosi, infiltratsiooni lagunemise faasis ja tuberkulooset meningiiti klassifitseeriti kui diagnostiliselt hilinenud juhte. Seega huvitas meid varem ainult tuberkuloosi lokaalne leid. Positiivne tuberkuliinireaktsioon jättis meid rahulikuks. Aasta-aastalt hakati aga pöörama järjest suuremat tähelepanu esmasele infektsioonile, mis praegu ongi muutunud diagnostika tulipunktiks. Kaasajal loetakse lokaalsete tuberkuloosivormide (esmane kompleks, bronhadeniit jt.) väljaselgitamist hilinenud, esmase tuberkuloosse infektsiooni väljaselgitamist aga õigeaegseks tuberkuloosi diagnoosiks.

Üha vähem esineb lastel tuberkulooset meningiiti, miliaarset tuberkuloosi ja lokaalseid kopsuvorme. Väga suurt osa selles on etendanud NSV Liidu valitsuse määrused, mis on suunatud profülaktilise töö parandamisele tuberkuloosi vastu võitlemisel. Siin etendavad olulist osa niisugused faktorid, nagu elanikkonna elatusaseme üldine tõus, organismi vastupanuvõime tõstmine (kehakultuur ja sport), tuberkuloosi varajane väljaselgitamine ning õigeaegselt alustatud pikaajaline ja kompleksne ravi. Eriti suurt osa etendab tuberkuloosivastane vaktsineerimine ja revaktsineerimine. Prof. M. A. Klebanovi ja E. P. Šurõgina andmeil on vähenenud tuberkuloosivastase vaktsineerimise tulemusena kuni 1-aastaste laste suremus tuberkuloosi tunduvalt. K. P. Berkosi andmeil on haigestumus tuberkuloosi vaktsineeritud lastel vähenenud 5—6 korda.

Tuberkuloosi vastu vaktsineeritud lastel kulgeb tuberkuloosinakkus tavaliselt kerge vormina, sageli ilma lokaalse kahjustuseta. Siin peame aga alati arvesse võtma lapse iga, infektsiooni virulentsust ja massiivsust ning kontakti kestust. Varem oldi arvamusel, nagu kulgeks esmane tuberkuloos lastel sümptoomideta. Aastaid kestnud uurimiste tulemusena on leidnud kinnitust arvamus, et juba enne tuberkuliiniproovi positiivseks muutmist või enne tuberkuloosi lokaalsete vormide ilmumist kulgeb organismis terve rida protsesse, mis kliiniliselt väljenduvad funktsionaalsete häirete ilmunises.

Juba 1917. a. kirjeldab N. Blumenau ajakirjas «Russki Vratš» seisundit, millele ta annab nime «pretuberkuloos». Ta väidab, et tuberkuloosikepikeste ainevahetuse tulemusel tekkinud toksiinide sattumine verre põhjustab organismis mitmesuguseid subjektiivseid haigusnähte. Kuigi puuduvad objektiivsed andmed (tuberkuloosi lokaalne leid) ieame infitseerumise objektiivset kinnitust positiivse tuberkuliinireaktsiooni kaudu ja sel juhul ongi tegemist «pretuberkuloosiga».

1918. a. märkis A. Kisel, et tuberkuloosi esmasele infektsioonile reageerib organism kõigepealt üldiselt. Enne bronhadeniidi, esmase kompleksi ja teiste fikseeritud tuberkuloosivormide ilmumist esineb periood, mida iseloomustab väikeste, mittepüsivate muutuste summa, mis väljendub vähemates või suuremates funktsionaalsetes häiretes. Seda perioodi nimetas A. Kisel «krooniliseks tuberkuloosseks intoksikatsiooniks».

A. Kudrjavitseva, Z. Lebedeva, E. Sorkina jt. uurimused on näidanud, et 86% lastest reageerib esmasele tuberkuloosile infektsioonile mitmesuguste funktsionaalsete häiretega. Need funktsionaalsed häired pole küll spetsiifilised tuberkuloosile, kuid nad vihjavad organismis toimuvale ümberkolastuste mingi ärritaja mõjul ja selle tõttu väärivad tähelepanu. Sel ajal ei ole organismis veel välja kujunenud tuberkuloosile iseloomulikud morfoloogilised muutused. Meie ülesandeks ongi välja selgitada ärritaja etioloogiline moment, et õigeaegselt alustatud raviga ennetada tuberkuloosile iseloomulike morfoloogiliste muutuste tekkimist kudedes.

Funktsionaalsed häired võivad ilmuda 4—10 nädalat (F. Hamburger, L. Bernard, V. Motšan) või isegi 6—12 kuud (E. Sorkina) enne tuberkuliinireaktsiooni positiivseks muutumist. Seda funktsionaalsete häirete perioodi, mis eelneb positiivsele bioloogilisele proovile, käsitlevad mõned autorid kui inkubatsiooniperioodi, mis kestab nakatumise momendist kuni tuberkuloosikepikeste fikseerumise momendini organeis ja nende süsteemides. L. Bernard nimetab seda «anteallergiliseks» perioodiks. Mõnede autorite arvates sõltub selle perioodi pikkus lapse east ja infektsiooni virulentsusest. Funktsionaalsed häired arenevad ja tugevnevad esmakordsel negatiivse tuberkuliiniproovi muutumisel positiivseks (viraaž). Funktsionaalsete häirete intensiivsuse põhjal võib lapsi jagada kolme gruppi: 1) lapsed, kellel funktsionaalsed häired on nõrgalt väljendunud, 2) lapsed, kellel funktsionaalsed häired on keskmiselt väljendunud ja kelle anamnees on kahtlane tuberkuloosile; 3) lapsed, kellel funktsionaalsed häired on tugevasti väljendunud ja kelle anamnees on iseloomulik tuberkuloosile.

E. Sorkina andmeil reageerib 47,5% lastest lühiajaliste funktsionaalsete häiretega. Esimese kuu lõpul pärast viraaži ilmumist tekib nende normaliseerumise tendents ja kolmanda kuu lõpul tavaliselt toimubki normaliseerumine. Lastel, kellel funktsionaalsete häirete normaliseerumist ei toimu pikema aja kestel, areneb kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooni pilt.

Laste uurimisel tuleb erilist tähelepanu pöörata epidemioloogilisele anamneesile. Tuleb selgitada kokkupuutumise võimalus aktiivset tuberkuloosi põdevate haigetega (perekonnas, korteris). R. Zeimanni andmetel oli 70%-l juhtudest selline kontakt olemas.

Et avastada just esmase tuberkuloosse infitseerumise varast perioodi, tuleb vastavalt olemasolevatele eeskirjadele tuberkuliini diagnostikat läbi viia süstemaatiliselt: varaealistel ja eelkooliealistel lastel 3 korda aastas (alates kolmandast elukuust), kooliealistel lastel ja noorukitel 2 korda aastas. Tuberkuliiniproove tuleb teha ka vaktsineeritud ja revaktsineeritud lastele. Tuberkuliiniproovi vastust tuleb tingimata kontrollida 48 tunni möödumisel kas arsti või õe poolt ja märkida see millimeetrites (paapul ja hüpereemia). See osutub oma dünaamika tõttu väga oluliseks nii esmase tuberkuloosse infektsiooni diagnoosimisel kui ka hilisemate raviresultaatide hindamisel.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata laste uurimisele, kes sageli põevad grippi, ülemiste hingamisteede katarre, korduvaid kopsupõletikke, kroonilist bronhiiti, kellel esinevad korduvad subfebriilsed temperatuurid, ebaselge etioloogiaga intoksikatsiooninähud, pikaleveninud paranemisperiood pärast nakkushaigusi (lõõgikõha, leetrid jm.). Samuti tuleb jälgida nõrga tervisega lapsi (eriti kevadel ja sügisel).

Erilist tähelepanu vajavad lapsed kuni kolmanda eluaastani. Esmase tuberkuloosse infektsiooni perioodil võib neil esineda mahajäämus kaalus, isu langus, perioodiline düspepsia, vahest subfebriilne temperatuur, sagedased ülemiste hingamisteede katarrid, kerged pneumooniad. Esimesel eluaastal võib esmasele tuberkuloosile kaasuda perioodiline batsilleemia, mõnikord tugeva toksikoosiga. Lapsel võib esineda okse, vesine, düspeptiline iste. Kliiniline pilt võib meenutada kas toksilist düspepsiat, toksilist pneumooniat või rasket grippi. Eelkooliealistel lastel võivad nendele häiretele lisanduda peavalu, halb enesetunne, iseloomu muutus, rahutus, kergesti väsimine, kõha ja õpilastel mahajäämus koolis.

Sageli on sel perioodil nii tuberkuliiniproovid kui ka röntgenoloogiline leid negatiivsed.

Olulist tähtsust omab just esmakordne negatiivse tuberkuliiniproovi muutumine positiivseks (viraaž). E. Sorkina andmeil eelnes viraažiperioodile 67% -l lastest palavikuperiood, milal temperatuur oli mõne päeva või mõne nädala jooksul kas subfebriilse iseloomuga või kõrge. Tuberkuloosist infitseerunud lapsel on esimene tuberkuliiniproov harilikult kahtlane (Mantoux' reaktsioon). Selle positiivseks muutumiseni võib mööduda mitu kuud ja Pirquet' reaktsiooni positiivseks muutumiseni veelgi mitu kuud (keskmiselt 5—6 kuud). Kui me varem võisime vaadata positiivsele tuberkuliinireaktsioonile kui absoluutsele näitajale tuberkuloosi diagnoosimisel, mille intensiivsus enamasti peegeldas ka protsessi aktiivsust, siis kaas-aegsete andmete põhjal ei ole see enam võimalik. Suurt osa etendavad selles tuberkuloosivastased vaktsineerimised ja revaktsineerimised. Tuberkuloosi vastu vaktsineeritud laste jälgimine on näidanud, et Pirquet' reaktsioon võib muutuda positiivseks ka pärast vaktsineerimist vaktsiini enda toime tõttu. G. Schreiter'i (Magdeburg) andmeil on tuberkuliiniproovid osutunud positiivseks 85—90% -l vaktsineeritud lastest. Et eraldada postvaktsinaalset allergiat infitseeritavusest, tuleb jälgida tuberkuliiniproove süstemaatiliselt teatud perioodide järel. Postvaktsinaalse allergia tulemusel positiivseks muutunud tuberkuliiniproovid aja jooksul (5 kuud kuni 1 aasta) tavaliselt vähenevad ja kustuvad. Infitseerumuse tulemusena tekkinud allergia aga kas muutub algul kahtlasest positiivseks või süveneb.

Võrreldes varajasemate aastatega on infitseeritud lastel tunduvalt muutunud ka tuberkuliinireaktsiooni intensiivsus. Kui esmaselt infitseeritud lastel varem esines just kõrge tundlikkus tuberkuliinile, siis viimaste aastate uurimise tulemused (N. Trigub) on näidanud, et 100-st esmaselt infitseeritust esineb 90-l nõrk tuberkuliinireaktsioon. Seda seletatakse asjaoluga, et antibakteriaalse ravi taustal on vähenenud nii batsillaarsete haigete arv kui ka tuberkuloosse infektsiooni massiivsus ja tuberkuloosikepikeste virulentsus.

Kuna BCG tulemusena praegu laialdaselt kasutatav tuberkuliini-diagnostika (R. Pirquet, R. Mantoux) meid enam täielikult ei suuda rahuldada, tegi NSV Liidu Teaduste Akadeemia Tuberkuloosi Instituut ettepaneku laialdasemalt juurutada praktikasse gradueeritud tuberkuliiniproove. See meetod lubab täpsemalt orienteeruda haige tundlikkuse iseloomus. Enamasti kasutatakse selleks N. Grintšari ja D. Karpilovski poolt soovitatud tuberkuliini nahaproove, mille tehnika on lihtne (sarnane Pirquet' proovile). Pärast käsivarre sisekülje desinfitseerimist ja kuivatamist viiakse käsivarre siseküljele 2—4 sm vahemaade järele 4 tilka tuberkuliinilahust 100 %, 25 %, 5 %, 1 % ja viies tilk kontroll-lahust koos 0,25 % karboolhappega (millega on valmistatud ka tuberkuliinilahused). Kontroll on vajalik mittespetsiifilise reaktiivsuse kindlaksmääramiseks karboolhappe lahusele ja naha ekskoriatsioonile. Skarifitseerimist alustatakse kontroll-lahusest, see peab haarama ainult naha lümfiteid ja mitte esile kutsuma veritsemist. Reaktsiooni hinnatakse pärast 48 tunni möödumist ja märgitakse millimeetrites, tuues eraldi paapuli ja hüpereemia mõõtmised.

Vastusena võime siin saada kas negatiivse, positiivse adekvaatse, võrdse, paradoksaalse reaktsiooni või parabiootilise pidurduse.

Näide

1.	Tuberkuliini lahjendus %-s	1%	5%	25%	100%
2.	Negatiivne reaktsioon	—	—	—	—
3.	Positiivne adekvaatne reaktsioon (kas tugevam või nõrgem)	+3	+4	+5	+10
		—	—	+4	+8
4.	Võrdne reaktsioon	—	+5	+5	+6
5.	Paradoksaalne reaktsioon	+2	+8	+6	+5
6.	Parabiootiline pidurdus	—	—	—	—

1. Negatiivse vastuse puhul kõigi lahjendustega ei ole vaja enam Mantoux' reaktsiooni teha. Tervel inimesel võib 100-protsendiline tuberkuliinilahus anda õige väikese põletikulise reaktsiooni, mis 24 tunni jooksul vaibub. Selline reaktsioon osutub mittespetsiifiliseks.

2. Positiivse adekvaatse reaktsiooni puhul kasvab paapuli suurus vastavalt lahjenduse protsendi kasvamisele. Siin on tegemist spetsiifilise tuberkuloosse reaktsiooniga.

3. Võrdse vastuse puhul, olenemata lahjenduse protsendist, on reaktsioon enam-vähem ühesuguste mõõtmetega. Selline reaktsioon vihjab protsessi vaibumisele organismis, kuid selle kõrval ka veel aktiivsete elementide olemasolule (näiteks lokaalne tuberkuloos imendumisfaasis).

4. Paradoksaalse reaktsiooni puhul saame nõrgemale lahjendusele tugevama reaktsiooni kui tugevemale lahjendusele. See vihjab mittehealoomuliselt kulgevale esmasele tuberkuloosile või kroonilisele tuberkuloosile intoksikatsioonile.

5. Parabiootiline pidurdus võib esineda väga raske üldseisundi puhul. Siin on tegemist nn. negatiivse anergiaga.

Esimese kahtlase või positiivse tuberkuliiniproovi ilmumine on tõsiseks signaaliks pediaatrile lapse suunamiseks ftisjaatri juurde, sest praktiliselt ilmub spetsiifiline allergia alles mõne aja kestel pärast infitseerumist.

Just esimene aasta (eriti aga 3.—6. kuu) pärast tuberkuliiniproovi esmakordset positiivseks muutumist osutub kõige kriitilisemaks ja otsustavaks infektsiooni edasisele kulule. Kõik lapsed ei reageeri tuberkuloosile infektsioonile ühtlaselt. Suurt osa etendavad siin organismi üldine resistentsus, infektsiooni virulentsus ja massiivsus. Küllalt sagedane on tuberkuloosse protsessi patoloogilise anatoomia ja kliinilise pildi mittevastavus. Anatoomilised muutused kopsudes võivad olla nii väikesed, et ei anna selget kliinilist ega röntgenoloogilist pilti.

Esmase tuberkuloosse infektsiooni varasel perioodil võib lastel hoolikalt jälgimisel täheldada tahhükardia esinemist (mõnedel juhtudel bradükardia), hingamisrütmi sagenemist, vererõhu langust (mõnedel juhtudel aga ka mõõdukat vererõhu kõrgenemist). Auskultatiivsed muutused on väikesed (karenenud hingamiskahin, nõrgenenud hingamiskahin, pleura hõõrumiskahin, vesikulaarne hingamiskahin kohati bronhiaalse varjundiga). Mõnedel juhtudel esineb muutusi parenhümatoosesis elundeis (maksa suurenemine ja valulikkus, põrna suurenemine). Röntgenoloogiliselt võib viraaži puhul täheldada kopsu lümfisüsteemi reaktsiooni: tugevnenud kopsujoonist, veidi laienenud hiilust, hiiluse varju struktuuri muutusi jm.

Neid muutusi ei vaadelda kui spetsiifilisest protsessist tingitud muutusi, vaid kui reaktiivseid või paraspetsiifilise toksikoallergilise päritoluga muutusi, mis oma etioloogialt on seotud tuberkuloosiga.

Vere laboratoorsel uurimisel võib täheldada lastel esmase tuberkuloosse infektsiooni varases perioodis settereaktsiooni kõrgenemist, lümfopeeniat, eosinofiiliat, monotsütoosi ja neutrofiilide nihet vasakule.

Kaugeltki mitte kõigil lastel ei esine need näitajad nii klassikaliselt. E. Sorkina andmeil esineb näiteks settereaktsiooni kõrgenemine ainult 52,4% lastest. Uriinis võib esineda mittepüsivat albuminuuriat, leukotsüütide arvu suurenemist, üksikuid erütrotsüüte. Need nähud on tavaliselt ebapüsivad ja mööduvad mõne kuu jooksul.

Maoloputuses võib tuberkuloosikepikesi leida kõige sagedamini just 4 kuu möödumisel viraažimomendist (E. Sorkina andmeil 17,8%). Eriti tähelepanuväärne on see, et lastel võib tuberkuloosikepikesi leida ka minimaalse lokaalse tuberkuloosse leiu puhul, või ka siis, kui lokaalne leid hoopis puudub. Meie ei või rahulduda analüüsi ühekordse negatiivse vastuse tulemusega, vaid vähimagi kahtluse puhul tuberkuloosile peame tuberkuloosikepikesi otsima korduvalt. Tuleb pidada suureks puuduseks, et veel kuni käesoleva ajani ei uurita süstemaatiliselt ambulatoorselt kuni 3 a. vanuste tuberkuloosist infitseeritud laste maoloputusi tuberkuloosikepikestele.

Kuna funktsionaalsed häired, mis tekivad previraaži perioodil ja ei ole spetsiifilised tuberkuloosile, osutub küllaltki raskeks previraaži perioodi diagnoosimine. Võimalik on aga õigeaegne viraaži väljaselgitamine, kui tuberkuliinidiagnostika toimub vastavalt nõuetele.

Pediaatrite ülesandeks on funktsionaalsete häirete, ebaselge etioloogiaga haiguste ja intoksikatsiooninähtude ilmumisel: 1) selgitada kontaktivõimalus tuberkuloosihaigetega; 2) viia läbi tuberkuliinidiagnostika; 3) viia läbi lapse põhjalik kliiniline, laboratoorne ja röntgenoloogiline uurimine; 4) diferentsiaaldiagnostiliselt välja lülitada teised intoksikatsiooninähte põhjustavad haigused (kroonilised kurgumandlite põletikud, kroonilised kõrvapõletikud jne.); 5) vähimagi kahtluse korral esmasele tuberkuloosinakkusele suunata laps ftisiaatri juurde.

Kuni kolmanda eluaastani suunatakse sellised lapsed konsultatsiooniks lastenõuandlate tuberkuloositõrje kabinettidesse. Eelkooli- ja kooliealised lapsed suunatakse tuberkuloositõrje dispanserite või kabinetide lasteosakondadesse.

Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi instruksioonile kuuluvad kuni 3 a. vanused lapsed arvelevõtmisele lastenõuandlate tuberkuloositõrje kabinettides järgmiste gruppidenä:

I grupp — a) kõik lapsed, kellel esineb lokaalne kopsu- või kopsuväline tuberkuloos (luu-liigese, lümfisõlmede, silma, naha tuberkuloos, tuberkuloosne meningiit); b) lapsed tuberkuloossete intoksikatsiooninähtudega I ja II astmes; c) rekonvalesstendid pärast tuberkulooset meningiiti; d) kuni 1 a. vanused Pirquet-positiivsed lapsed.

I grupi haiged kuuluvad uurimisele mitte vähem kui 8 korda aastas. II grupi lapsed, kellel esmakordselt osutub positiivseks Pirquet reaktsioon ja kellel ei täheldata tuberkuloosse intoksikatsiooni sümptome, kuuluvad uurimisele mitte vähem kui 5 korda aastas.

III grupi lapsed kahtlase Pirquet' reaktsiooniga (reaktsioon alla 5 mm) kuni küsimuse selgitamiseni, kas on tegemist postvaksinaalse allergia või algava tuberkuloosse infektsiooniga, mille järel viiakse need lapsed üle vastavasse gruppi ja kuuluvad uurimisele mitte vähem kui 4 korda aastas.

IV gruppi kuuluvad lapsed aktiivset tuberkuloosi põdevate haigete perekonnast või korterist ja on tuberkuloosist infitseerumata. Neid kontrollitakse vähemalt 4 korda aastas.

Spetsiaalsete tuberkuloosikabinettide puudumisel peavad need lapsed olema arvel jaoskonna pediaatri juures ja kuuluvad ääbivaatusele samadel ajavahemikkudel. Kolmanda eluaasta ületamisel võetakse sellised lapsed arvelt maha või suunatakse tuberkuloositõrje dispanserite lasteosakondadesse järelevalvele.

Funktsionaalsete häirete tekkimise perioodil on meie esimeseks ülesandeks luua tingimused, mis soodustavad organismi kaitse- ja kompensatoorseid omadusi. Siia kuuluvad õige päevarežiim, puhkus, tootlustamine, värske õhk, kehakultuur jm. Tugevamini väljendunud funktsionaalsete häirete või tuberkuloosi intoksikatsiooni tekkimisel soovitatakse sanatoorset režiimi ja vajaduse korral selle foonil ka antibakteriaalset ravi. Igal juhul tuleb ravirežiim määrata individuaalselt ja võimalikult ftisiaatri poolt.

Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi instruksioonile soovitatakse kuni 3 a. vanustele lastele, kellel Pirquet' reaktsioon on esmakordselt positiivne ja kellel sellega kaasnevad kas või vähesed tuberkuloosinähud, määrata peale üldtugevdava ravi ka antibakteriaalseid preparaate kas ambulatoorselt, sanatoorselt või statsionaaris arvestades 0,02 g ftivasiidi kehakaalu 1 kg ja 0,2 g PASH-i kehakaalu 1 kg kohta ööpäevas, jagades ööpäevased doosid kaheks annuseks. Ravi kestuseks on keskmiselt 1,5—3 kuud või ka enam, olenedes haige seisundist.

Eelkooli- ja kooliealistele lastele ordineeritakse ööpäevas:

	Ftivasiid	PASH
4- kuni 7-aastastele	0,4—0,6 g	3,0— 4,0 g
8- kuni 12-aastastele	0,6—0,8 g	4,0— 8,0 g
13- kuni 14-aastastele	0,8—1,0 g	8,0—10,0 g

Ftivasiidi manustatakse ööpäeva kestel 2—3 annusena, PASH-i 3—4 annusena.

Mõnel juhul võib antibakteriaalse ravi puhul ilmnedä kõrvalnähte (ravimi talumatus, näiteks PASH puhul). Võib esineda äjutine isutus, iiveldus, isegi oksendamine. Sellisel korral tuleb ravi antud medikamentidega mõneks päevaks katkestada ja selle jätkamisel manustada ravimit väiksemates doosides.

Antibakteriaalse ravi puhul tuleb haigele tingimata ordineerida ka vitamiine (polüvitamiinid, vitamiinid C ja B₁, B₆).

Lokaalsete tuberkuloosivormidega lapsed tuleb suunata statsionaarsele ravile.

Esmase tuberkuloosse infektsiooni varase perioodi väljaselgitamisega ja ratsionaalsete abinõude tarvituselevõtmisega hoiame ära tuberkuloosi lokaalsete vormide tekkimise ning aitame sellega jõuda lähemale meie püstitatud eesmärgile — tuberkuloosi kui massilise haigestumise likvideerimisele lähemate aastate jooksul.

KIRJANDUS

1. Б л у м е н а у Н. Р. Русский врач 1917, 16, 13, 285—289. — 2. Зейман Р. И. Тезисы докл. Межобл. конф. педиатров в Хабаровске 1958, 15—16. — 3. Кисель А. А. Иммунология, клиника и профилактика у детей. Сб. 3, 1932. — 4. Кудрявцева А. И. Вопросы профилактики туберкулеза М., 1958, 8. — 5. Соркина Э. З. Вопросы профилактики туберкулеза М., 1958, 109. — 6. Соркина Э. З. Докт. диссертация «Клиника раннего периода первичной туберкулезной инфекции у детей старшего возраста и раннее выявление туберкулеза в детском возрасте» Инст. туберкулеза АМН СССР, М., 1954. — 7. Материалы VI Всесоюзного съезда фтизиатров в Москве 1957. — 8. Материалы VI всесоюзного семинара детских фтизиатров в Институте туберкулеза АМН СССР в Москве 1959. — 9. Лебедева З. Н. Клиническая медицина, 1957, 6. — 10. Шмелев Н. А. Сов. медицина 1953, 8. — 11. Маркузон В. Д. Туберкулез у детей и подростков М., 1958. — 12. Василевич Н. О. Труды Инст. Тбк АМН СССР Том III, 1947

О раннем периоде первичного туберкулеза у детей

Л. Имелик

Резюме

Если раньше подвергались лечению лишь местные формы туберкулеза, то теперь диагностика и лечение направлены на предупреждение таких форм. Для этого необходимо выяснить период первичной туберкулезной инфекции. Как показывают исследования ряда авторов, до первой биологической пробы (пиркетизации) наблюдается период, который характеризуется функциональными расстройствами, не специфическими для туберкулеза, но указывающими на некоторые переустройства, проходящие в организме под влиянием некоторых раздражителей. Именно в этот период необходимо для организма создать условия, которые способствовали бы возникновению предохранительных и компенсаторных качеств организма. В целях своевременного выявления раннего периода туберкулезной инфекции необходимо проводить туберкулиновую диагностику систематически, в соответствии с инструкциями.

В результате проведенных вакцинаций против туберкулеза могут оказаться положительными реакции Манту и даже Пирке. Систематическими наблюдениями за биологическими пробами необходимо выяснить, является ли вакцинация или инфекция причиной положительной реакции организма на туберкулин.

В предыдущие годы у детей при первичной туберкулезной инфекции реакция Пирке оказывалась сильно положительной, но за последнее время наблюдается, что она оказывается сомнительной или слабой. Для более точной оценки состояния больного рекомендуется широкое применение градуированных проб с туберкулином. Всех детей с первичной инфекцией туберкулеза необходимо направлять к фтизиатру для консультации.

Soolte algloomade esinemisest lastel Tallinnas

G. Kondratjeva

(Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, paarast A. Stepanova)

Viimase 5—10 aasta jooksul on osutatud suurt tähelepanu soolte algloomade levikule ja patogeensusele kui ühele faktoritest, mis põhjustavad häireid soolte talitluses.

Kirjanduse andmed on selles küsimuses väga mitmekesised ja äärmiselt vastuolulised.

Erilist huvi pakuvad kõikidest soolte algloomadest viburlased, neist eriti lambliaid (*Lambliia intestinalis*), mis esinevad kõige sagedamini.

Filipšenko (Leningrad, 1930), uurides täiskasvanuid, avastas lambliad 9,2% uuritutest. Tseitlin (Tadžikistan, 1950) leidis lambliaid 15,4%, Indias avastati 1953. a. lambliaid 11,7%, Itaalias (1955. a.) 17,8% uuritutest.

N. Patriku andmetel kõigub NSV Liidus elanikkonna nakatumine lambliatega 2,2—22,7% piires.

M. Sofieva, L. Burovi, N. Tšapurski, S. Kozlova jt. autorite andmetel esineb lambliaid võrdlemisi sageli lastel. E. Pavlovski andmetel on lambliatega nakatatud 20,0% lastest. Lambliaid leidub nii tervete kui ka mitmesuguste seedehäiretega lastel.

Enamik autoreist arvavad, et lambliad soodustavad ägeda düsenteeria muutumist krooniliseks ja takistavad paranemist (S. Kozlova, 1952; S. Pogodina, 1954; I. Blitštein, 1954 jt.). Oletatakse samuti, et lambliosis suurendab kliiniliselt diagnoositud düsenteeriajuhtude arvu (L. Tšuvelva, 1955).

Teised autorid, kellel oli võimalik jälgida lapsi kliinilistes tingimustes väidavad, et lambliate osatahtsuse määramine laste sooltehaiguste hulgas ei ole võimalik (M. Dementjev 1950; A. Avenirova, 1954).

Ka meie vabariigis on lambliosis uuritud. Selle haiguse kliinikut on iseloomustanud N. Elštein ning lambliosisi omapärase puhangu kohta esitavad andmeid I. Štšerbakov ja S. Grinšpan (1958). Senini ei ole trükitud materjale, mis iseloomustaksid soolte algloomade levikut vabariigi laste keskel.

Seoses sellega, et seedehäired on väikelastel võrdlemisi sagedased, tuleb soolte infektsioonide kõrval arvestada ka helminte ja algloomi. Helmintoloogilised uurimused on kliinilis-laboratoorses praktikas kindlalt juurdunud, kuid algloomade uurimisele osutatakse meil veel võrdlemisi vähe tähelepanu.

Eesmärgil selgitada algloomade invasioonide taset Tallinna laste hulgas, alustas Vabariikliku Epidemioloogia Jaama parasitoloogia osakond 1958. a. juulikuus helmintide ja soolte algloomade uurimist organiseeritud lastekollektiivides.

1958.—1959. a. uuriti 10 kuu jooksul 1644 last. Nendest 1397 last asusid harilikkudes lastesõimedes ja Tallinna Väikelastekodus, 212 last aga rekonvalescentidele ja kroonilist düsenteeriat põdevatele lastele määratud sõimedes.

Uuriti mikroskoopiliselt värske väljaheite natiivpreparaate, kusjuures fekaaliad lahustati söögisoola füsioloogilises lahuses või Lygoli vedelikus. Väljaheide koguti hommikuti klaasnõudesse ning saadeti laboratooriumi.

Kõikidest uuritutest avastati lambliaid 329 inimesel. Sellega olid lambliatega nakatatud ligi 20% uuritutest. Lambliaid leiti 32,1% düsenteeriat põdenud lastesõimede lastel. Harilike lastesõimede lapsed olid lambliatega nakatatud ligi kaks korda harvemini (18,7%).

Võrdluseks uuriti 35 organiseerimatut last vanuses kuni 3,5 aastat. Neist avastati lambliaid ainult ühel lapsel, kellei aegajalt esines kõhulahtisus. Ülejäänud 34 lapsel, kelle tervise suhtes vanemad ei esitanud mingisuguseid kaebusi, ei leitud ka muid soolte algloomi. Kokku uuriti 16 harilikku lastesõime ja Tallinna Väikelastekodu, kus lambliaid leiti 31,1% lastest. Kui Väikelastekodu arvesse võtmata jätta, siis oli lambliaid 17,2% lastesõimede lastest.

Analüüsides nakatumist laste vanuse järgi konstateeriti, et kuni ühe aasta vanuseni lastel lambliaid ei ole. 1—2 a. vanustel lastel esineb lambliaid 22,9, 2—3 a. vanustel 30,7 ja 3—4 a. vanustel veel sõimedes asuvatel lastel 23,8 protsenti.

Kõige sagedamini esines lambliosis 2—3 a. vanustel lastel (57,0%

kõikidest nakatatutest), 1—2 a. vanustel 32,9 ja üle 3 a. vanustel 10,3 protsenti.

P. Koltšina andmeil oli lambliaid laste esimesel eluaastal 6,6 %.

Paljud autorid on juhtinud tähelepanu lambliate sesoonsusele. N. Stepanova ja F. Koltšina andmeil (1958) tõuseb invadeeritute arv augustis ja septembris, saavutades maksimumi oktoobrist kuni detsembrini. Lambliooosi sesoonsust seovad autorid toidu iseloomu muutumisega. Oletatakse ka vitamiinide (C-vitamiin) defitsiitsuse mõju. V. Tihhomirovi andmeil avastatakse Tadžikistanis lambliooosi kõige sagedamini kevadel (märtsist maini).

Meie laboratooriumi andmetel avastati lambliooosi kõige sagedamini suve- ja sügiskuudel (juuli, august, september). Kuna meie uurimised lambliooosi suhtes toimusid ainult kümne kuu jooksul, siis ei saa selle sesoonsusest kindlaid järeldusi teha.

Teist viburlaste esindajat — *Trichomonas hominis*'t, keda võib pidada inimesele tingimusi patogeenseks, avastati 15 lapsel, s. o. 0,4 % uuritute üldarvust. Soolte trihhomoniasiga lastest põdesid 8 kroonilist düsenteeriat, 6 last pärinesid aga Tallinna Vaikelastekodust.

Teistest viburlastest avastati 15 lapsel mittepatogeenne — *Chilomastix mesnili*.

Juurjalgsete perekonnast avastati järgmisi mittepatogeenseid algloomakesi: *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* ja *Jodamoeba* Bütschlii.

Üldse avastati amööbe 108 juhul (7,5 %). Amööbide leidumisel ei esinenud erinevusi spetsiaalsete (7,0 %) ja harilike sõimede (7,4 %) laste vahel. Samuti ei täheldatud kõrvalekaldumisi eri amööbilliikide esinemise sageduse vahel.

Üheaegselt soolte algloomakestega uuriti ka helmintide esinemist. Sõimeealistest lastest oli helmintidega nakatatud 3,5 protsenti.

Spetsiaalsete lasteasutuste kasvandikud olid invadeeritud võrdselt harilike lastesõimede lastega. Mõnevõrra erinesid ainult helmintide liigid (vt. tabel 1).

Tabel 1

	Invas. %	Askari- doos	Trihho- tsefa- loos	Hümeno- lepi- doos	Difülli- botrioos
Harilikud lastesõimed	3,5	3,3	0,08	—	0,08
Spetsiaalsed sõimed	3,7	1,4	1,4	0,9	—

Jälgides mitmesuguste algloomade esinemist üheaegselt ei olnud võimalik täheldada antagonismi nende vahel. Laiussi ja kahel juhul ka piuglaste puhul ei avastatud lastel algloomi. Mõlemal hümenolepidoosi juhul leiti ka lambliaid. 44 solkmetega lapse hulgast leiti lambliaid 8 lapsel. Kõige sagedamini esinesid koos lamblid ja trihhomoonased. Esines juhtumeid, kus ühel ja samal lapsel leiti korraga kolme eri liiki kuuluvaid algloomakesi.

207 last uuriti korduvalt. Neist avastati lambliooos 25 ja trihhomonias 12 lapsel, kellel esimese uurimise ajal algloomi ei leitud. Isegi seilise väikese lasterühma korduv uurimine tõstab lambliooosi avastamise 21,4 protsendile ja trihhomonias 0,9 protsendilt 1,5 protsendini.

Koos lastega uuriti 67 isikut lasteasutuste teenindava personali hulgast, kellel lambliooos avastati 8 juhul.

Pärast lambliate avastamist ravisid lasteasutuste pediaatrid lapsi akrihihiniga. Ravi toimus kolmes tsüklis (5+3+3 päeva). Tsüklite vaheaeg oli 7—10 päeva. Järeldusi teha akrihihinravi tõhususe kohta on veel raske, sest selleks ei ole küllaldaselt materjali, kuna lasteasutuste kasvandike

koosseis muutus pidevalt, mis raskendas nende edaspidist jälgimist. Kontrollida võisime ainult 52 last, kes said täieliku akrihiinikuuri, mõned koguni kaks kuuri. Korduvalt avastasime lambliaid 23 lapsel.

Esialgsete andmete alusel võib teha järgmisi järeldusi:

1. 20% uuritud Tallinna söimeealistest lastest avastati lambliaid. Tegelikult võib nakatatuid olla veel rohkem, millele viitavad korduva uurimise tulemused.

2. Kuni 3 aasta vanuste sooltehäireid põdevate laste hulgas esineb lambliosis 2 korda sagedamini kui samavanuste tervete laste hulgas.

3. Lambliosis tuleb ravida ka tervetel lastel, kui nendel avastatakse lambliaid.

4. Tuleb parandada laboratooriumide töötajate kvalifikatsiooni protozoloogiliste uurimiste alal. Kõikide eelkooliealiste lasteasutuste lapsi on vaja regulaarselt uurida.

KIRJANDUS

1. Авенирова А. И. Педиатрия, 1957, 4, 85. — 2. Исмагилова А. С. К вопросу о значении ламблий в заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Автореферат дисс. канд. мед. наук, Алма-Ата, 1958. — 3. Козлова С. А. Влияние ламблий на течение дизентерии у детей раннего и младшего возраста. Автореферат дисс. канд. мед. наук Киев, 1958. — 4. Колчин Ф. П. Здр. Казахстана, 1958, 1, 44—49. — 5. Патрик Н. П. Кишечные простейшие заболевания человека, Алма-Ата, 1955. — 6. Чалая Л. Е., Тарасова Т. Д. Мед. паразитология, 1958, 2, 176—182. — 7. Щербак Ю. Ф., Гриншпан З. Л. О роли ламблий в этиологии кишечных заболеваний. Тезисы докл. и конф. Респ. и Тал. о-ва микр., эпид., инф. и гиг. и Тал. ин-та микр. эпид. и гиг. Минздрава. ЭССР, Таллин, 1958, 49—51. — 8. Эльштейн Н. В. Врач. дело 1958, 7, 687—690.

Распространение кишечных простейших среди детей г. Таллина

Г. Кондратьева

Резюме

В течение последних 5—10 лет большое внимание медицинскими работниками уделяется вопросу распространения и патогенности кишечных простейших как одному из факторов, способствующему увеличению желудочно-кишечных дисфункций.

Наибольший интерес представляют жгутиковые и наиболее распространенный из этого класса представитель — ламблия (*Lamblia intestinalis*).

Общая зараженность населения СССР ламблиями колеблется в пределах 2,2 — 22,7% (Н. П. Патрик).

Большинство авторов считает, что ламблии способствуют переходу острой формы дизентерии в хроническую, а также препятствуют ее излечению. Но часть авторов отрицает участие ламблий в патологии кишечника у детей раннего возраста.

С целью выяснения степени распространения протозойных инвазий среди детей г. Таллина паразитологическим отделом Республиканской СЭС за 10 месяцев 1958—1959 гг. обследовано 1644 ребенка, из которых 1397 посещали физиологические ясли, а 212 — находились в детских яслях для реконвалесцентов и больных хронической дизентерией. С ламблиями было выявлено 329 детей, то есть ламблиозная инвазия по указанному контингенту составила 20,0%. Дети из яслей для перенесших дизентерию оказались зараженными ламблиями до 32,1%, дети физиологических яслей инвазированы ламблиями почти в 2 раза меньше, то есть 18,7%.

Дети до 1 года были свободны от ламблий, в возрасте от 1 до 2 лет ламблиями поражено 22,9% детей соответствующего возраста, от 2 до 3 лет — 30,7%, от 3 до 4 лет — 23,8%. Наиболее поражен возраст 2—3 лет (57,0% от всех инвазированных).

Кишечная трихомонада (*Trichomonas hominis*) выявлена у 15 детей (0,4%).

Из других кишечных простейших обнаружены хиломастикс меснили, кишечная энтамеба, карликовая амеба и йодная амеба Бюкли. (*Chilomastix mesnili*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Jodamoeba bütschlii*).

Пораженность детей ясельного возраста гельминтами составила 3,5%. Сочетания различных видов кишечных простейших и гельминтов были весьма разнообразными.

На основании предварительных данных по изучению распространения кишечных простейших можно отметить, что выявляемость ламблиоза среди детей ясельного возраста г. Таллина составляет 20,0%, у детей с дисфункцией кишечника ламблии обнаруживаются почти в 2 раза чаще, чем у детей, не страдающих его расстройством.

Необходимо расширять и улучшать специализацию лабораторных работников в направлении протистологических исследований.

ERÜTREEMIA JA LEUKOOSIDE RAVIST RADIOAKTIIVSE FOSFORIGA

A. Mardna

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, paarast M. S m i r n o v a)

Tingituna hematoloogiliste haiguste järjest suurenevast osatähtsusest, eriti aga seniste ravivahendite küündimatusel, katsetatakse ikka uute ja mitmesuguse toimega ravivõtetega. Üheks suhteliselt uudseks ravivahendiks on radioaktiivne fosfor (P^{32}).

Tallinna Vabariiklikus Haiglas kasutatakse P^{32} alates 1957. a. Ravi on rakendatud 29 haigel, neist 16-l erütreemia diagnoosiga.

Erütreemia on nosoloogiline üksus, mis ei esine sagedasti, kuid ka mitte nii harva, nagu seda üldiselt arvatakse. Kliinilised tähelepanekud pärinevad möödunud sajandist (1892. a. Vaquez'ilt). Märkimist väärib, et ühtse kliinilise pildi juures esineb selle haiguse hilisemates kirjeldustes patogeneesi käsitlemisel ja ravitulemustes rohkesti erinevusi ja vasturääkivusi.

Käesoleval ajal pole kahtlust, et erütreemia patogeneesis mängib olulist osa lüüdi erütroblastilise osa hüperfunktsioon (Vaquez, Türk, Hirschfeld jt.). Erinevalt lüüdi hüperfunktsioonist leukeemia puhul, mil perifeersesse verre paisatakse noori valmimata vormelemente, erütreemia korral perifeerses veres tavaliselt valmimata erütrotsüüte ei esine (G. Aleksejev, J. Kassirski).

Küsimusele, millest on tingitud lüüdi hüperplaasia, vastatakse mitmeti.

Nii peetakse määravaks teguriks haiguse tekke arteriaalse vere ja kudede hapnikuvaegust (J. Freifeld, N. Medvedeva, A. Rozanova, G. Lavski), retikuloendoteliaalse süsteemi hemolüütilise funktsiooni puudulikkust (A. Krjukov, H. Eppinger), Castle'i hematopoeetilise faktori üleproduktiooni (Moris, Detre), neuroendokriinse korrelatsiooni häiret (S. Botkin, F. Gaisbock, B. Zondeck, G. Lang) ja kortikovistseraalset etioloogiat (S. Istamanova).

Erütreemia klassifikatsioon on olnud tingitud prevaleeruvast sümptoomist. Nii nimetati splenomegaaliaga kulgevat erütreemiat Vaquez'i haiguseks ja erütreemiat hüpertooniaga — Gaisbock'i vormiks. Viimasel ajal arvatakse aga, et pole tegemist haiguse erinevate vormidega, vaid need on sama haiguse mitmesugused variatsioonid ja üleminekud.

Haigus kulgeb pikaldaselt, on kirjeldatud juhtumeid 25 a. kestusega. Meie haigetest omab üks haige 16-aastast anamneesi.

Kaebusteks on — peavalu, peapööritus, kuulmis- ja nägemishäired, mitmesugused vasomotoorsed häired — higistamine, kuumus, vappkülm, üldised või piirduvad (sageli luudes) valud ja düspeptilised nähud.

Haigus algab ebamääraselt. Sageli ei oska haiged seda fikseerida. Arstid aga unustavad erütreemia olemasolu ja ravivad haigeid sümptomaatilisel, dešifreerides nende kaebusi väga mitmesuguselt. Nii ravitakse neid kui konjunktiviidiga, hüpertooniaga, tromboosidega haigeid ja üsna sageli neurasteenikutena.

Näitena toome K. V. haigusloo.

Haige hakkab 1949. a., olles 46-aastane, otsima pidevalt arstiabi, palub halva enesetunde pärast kergemat tööd. Kuna skleerad on injitseeritud ja vererõhk kõrgeenenud (220/130), siis ravitakse hüpertooniat ja konjunktiviiti, kuid erilise efekti. 1952. a. märgitakse polikliinilisse vahetuskarti diagnoos *myocardiodystrophia* ja *vegetoneurosis* ning ordineeritakse Behterevi mikstuuri. 1954. a. on patsient statsionaarsel ravil diagnoosiga *Trombophlebitis cruris d.*

Edasi käib haige lugematuid kordi polikliinikus palvega anda tõend kergema töö taotlemiseks. Nüüd lisandub veel üks diagnoos *thyreotoxicosis*, kuid sellegi haiguse ravimisest pole tal kergem. Enesetunne halveneb pidevalt. 13. aprillil 1956. a. nutab haige vastuvõtul, kaebab käte tundlikkuse kadumise üle. Nüüd määratakse

okulisti ja neuroloogi konsultatsioon. Nähtavasti ei suutnud haige neid korraldusi täita, sest 20. aprillil 56. a. on kojukutse, kus konstateeritakse: *M. hypertonium II., insultus vascularis cerebri, hemiparesis dextra.*

Nüüd suunatakse haige psühho-neuroloogia haiglasse ja seal püstitatakse lõpuks diagnoos *Polycythaemia rubra vera.*

Diagnoosimine pole aga kuigi raske. Juba haige vaatlemisel on silmatorkav näo ja käte naha liviidne värvus. Iseloomulikud on ka nähtavad punakas-lilla värvusega limaskestad. Eriti intensiivne on see pehmel kurgulael, olles selgesti piiritletud normaalse värvusega kõvast kurgulaest (diferentsiaaldiagnostiliselt tähtis). Võib leida ka perifeersetes veresoontes laiendeid (varikoosselt laienenud kapillaarid). Peale selle võib täheldada hüpertooniat, põrna ja maksa suurenemist. Sageli esinevad bronhiidid. Iseloomulik on silmapõhja veenide laienemine. Kehatemperatuur on peaaegu alati madal ($35,6-35,2^{\circ}$). Selle põhjuseks on nõrgenenud oksüdatsiooniprotsessid. Määravaks diagnoosimisel on aga hemogrammi muutused. Alati esineb erütrotsüütide hulga suurenemine. Kirjanduse andmeil kuni 22 miljonini 1 mm^3 (Dinovski). Erütrotsüütide kuju ja suurus jääb seejuures muutumatuks. Meie haigetel oli suurimaks erütrotsüütide hulgaks $7\,920\,000$ ühes mm^3 . Hemoglobiini hulk tõuseb, maha jäädes erütrotsüütide arvu tõusust.

Meie materjalil on kõigemaks hemoglobiini protsendiks 140. (Kõster kirjeldab juhtu hemoglobiiniga 240%.) Peaaegu alatiseks nähuks on kaasuv leukotsütoos (meie andmeil oli kõrgeimaks 25 000, mis muide põhjustas ka esialgse eksidiagnoosi leukeemia näol, sest üheaegselt oli suurenenud ka põrn).

Biokeemilistest analüüsides väärrib mainimist sagedane bilirubiinihulga tõus vereseerumis. Kuid see on tingitud peamiselt suurenenud erütrotsüütide lagunemisest, mitte aga maksakahjustusest.

Seisundi halvenemisele lisanduvad mitmesugused tüsistused, millest ohtlikud on verejooksud (ninast, maost) ja tromboosid, nagu see esines ka ülalkirjeldatud haigel.

Erütreemia ravimiseks kasutati väga mitmesuguseid võtteid. Medikamentoosest vahendeist kasutati arseeni, fenüülhüdraziini, bensooli, metüleensinist, embihhiini.

Peale selle rakendati erilist dieeti. Märkimist väärrib põrna dieet ja mitmesugused põrnapreparaadid.

Ka veenipunktsioone ja hapnikuravi kasutati sageli. Eriti laialdaselt on aga kasutatud röntgenravi.

Seniste ravivahendite puudulikkus sundis otsima uusi teraapiameetodeid. 1940. a. ilmus Lawrence'ilt esimene teade P^{32} kasutamisest erütreemia puhul. Nii Lawrence'i kui ka hiljem teiste autorite ravitulemused olid paljutõotavad. Parema raviefekti saavutamiseks suurendasid eriti USA autorid P^{32} annust $20-25\text{mC-le}$. Kuid see ei õigustanud end tüsistuste, nagu aneemia, agranulotsütoos, trombopeeniline purpura, ning haiguse järsu ägenemise tõttu.

Arvestades ülalmainitud andmeid, kasutatakse Nõukogude Liidus (ravi alustatud 1949) väiksemaid P^{32} doose ja neid ei rakendata veenisisesi, vaid enamasti peroraalselt.

Tallinna Vabariiklikus Haiglas said P^{32} -ravi 16 erütreemiahaiget (6 meest ja 10 naist). Ravialuste vanus oli järgmine: kuni 40 a. — 3, 41—50 a. — 3, 51—60 a. — 5, 61—70 a. — 2, üle 70 a. — 3 haiget.

Haigus oli enne P^{32} ravi kestnud 1—16 aastat. Erütreemia diagnoosiga oli enne ravitud 7 haiget, neist 5 röntgeniga. Ühel juhul tehti splenektoomia ja 1 juhul kasutati embihhiini. 9 erütreemiahaige esmaseks ja ainukeseks raviks oli P^{32} . Nendest 3-l juhul diagnoositi erütreemiat alles siis, kui ajuveresoonte tromboosi või düstsirkulatsiooni tõttu olid tekkinud pareesid.

Osalt juhtudest viidi P^{32} -ravi läbi statsionaaris, osalt juhtudest seda alustati haiglas ja lõpetati ambulatoorselt, osa haigeid raviti ambulatoorselt.

Eranditult kõigil juhtudel on P^{32} kasutatud peroraalselt 10- kuni 20-protsendilises glükoosilahuses 200—250,0 (suuremas lahjenduses imendub P^{32} paremini). Preparaati manustati hommikul enne sööki või mõni tund pärast kerget einet. Ühelgi haigel ei esinenud kaebusi ega objektiivseid nähte, mis vihjaksid preparaadi halvale talutavusele. Suuremaks ühekordseks annuseks on olnud 3 mC, kogusummas manustati ühe ravikuuri vältel 4—8 mC (6—10 päevaste vaheaegadega).

Varemnimetatud tüsistuste tõttu hoidutakse suurte dooside eest, kuid näib, et samuti tuleb hoiduda ka väikestest annustest, mis võivad põhjustada nn. radioresistentseid vorme. Meie haigetest võiks siia kuuluda 70-aastane A. K., kes suhteliselt kõrgete erütrotsüütide (5.500.000) ja hemoglobiini (116) väärtuste juures sai, välistest teguritest tingituna, esmaseks ravikuuriks kõigest 5,6 mC (jaanuar 1958), mille tõttu ravi tuli korrata 1958. a. novembris, pärast lühiajalist remissiooni (9 kuud). See-kord sai haige 6,76 mC. Haige kontrollimisel 1959. a. oktoobris vastasid hematoloogilised andmed peaaegu lähtearvudele.

Ehkki paljud haiged märgivad enesetunde paranemist juba pärast esimest, sageli aga pärast teist P^{32} -annust, avaldub tõeline raviefekt alles 2—3 kuu jooksul.

Meie tähelepanekute alusel ei mõjuta eelnenud teraapia üldiselt P^{32} -ravi tulemusi. Siiski peab märkima, et just 2 haiget, kelle hematoloogiline seisund käesolevani pole normaliseerunud, on enne P^{32} rakendamist saanud väga aktiivset ravi (korduvalt röntgenravi, röntgen-embihhiinravi).

Kordagi ei tekkinud meie haigetel aneemiat ega trombotsütopeeniat. Samuti ei vähenenud leukotsüütide arv isegi siis, kui nende lähteväärtus oli madal. Näiteks A. K.-l oli enne P^{32} -ravi algust leukotsüüte 5.600 ühes mm^3 . Kontrollimisel pärast 2 a. möödumist oli normaalse punase vere (Hb 67%, Er. 3.600.000) juures leukotsüütide arv muutusetu. P^{32} -ravi positiivseks nähuks on meie kogemuste põhjal trombooside ja nende tüsistuste (pareeside) hea taandarenemine. Eriti juhul, kui P^{32} -ravi alustati suhteliselt vara pärast tromboosi teket.

Näiteks võiks olla erütremia kulg 36-aastasel naisel, kes aasta vältel kaebas ägedaid peavalusid, väsimust ja «närvilikkust». Töö ajal (töötas ettekandjana) tekkis tal järsku vasakpoolne halvatus. Diagnoositi erütremiat ja haige suunati Tallinna Vabariiklikku Haiglasse. Vastuvõtul oli patsiendi seisund keskmise raskusega. Tal oli vasakpoolne hemiparees. Näo ja nähtavate limaskestade värvus oli liivine. Põrn palpeeritav, RR 130/80, Hb 102%, Er. 5.780.000. Haigele manustati P^{32} (2+3+3 mC). Juba pärast esimese annuse saamist tunneb haige end paremini. Ravikuuri lõpuks on kadunud vasaku käe nõrkus, haige kõnnib, tema neuropsüühiline seisund oli märgatavalt paranenud. Statsionaarist väljakirjutamisel oli hematoloogiline seis erilise muutusetu. Ühe aasta möödumisel olid andmed järgmised: Hb 82%, Er. 4.530.000, L. 7.400, Tr. 415.000. Patsiendi üldseisund oli hea, kaebusi ei olnud, töövõime oli taastatud.

Samuti võime kinnitada üksikuid kirjanduses esinevaid andmeid (I. A. Kassirski, M. P. Demidova) erütremiaga kaasuvate tromboflebiitide paranemise kohta P^{32} -ravi tagajärjel.

Nii näiteks 75-aastane patsient, kes suunati Tallinna Vabariiklikku Haiglasse erütremia ravimiseks P^{32} -ga. Rööbiti väljakujunenud erütremia sümptomidega oli haigel krooniline tromboflebiit troofiliste haavanditega säärtel. Kuu aega hiljem kirjutati haige välja rahuldavas seisundis: vererõhk oli normaliseerunud (190/110—150/85) ja skleerade injektsioon vähenenud. Kontrollimisel 7 kuud hiljem märgib haige, et ta pole end nii hästi tundnud paljude aastate vältel. Objektiivselt olid nahk ja nähtavad limaskestad normaalse värvusega, vererõhk 155/80, säärtel armistuvad haavad, flebiidinähud täiesti kadunud. Hematoloogilised andmed: Hb 80%, Er. 4.290.000, L. 6.700, Tr. 280.000 (enne ravi: Hb 110%, Er. 5.830.000, L. 8.000, Tr. 295.000).

P^{32} kasutamisel kahe aasta jooksul on meie ravitulemused küllaltki head. 16-st haigest, keda raviti Tallinna Vabariiklikus Haiglas, on 12-l

normaliseerunud verepilt ja arteriaalne vererõhk ning paranenud haigete enesetunne, tagades nende töövõime. Üks haige suri, kuid elukoha muutuse tõttu on tema surma põhjus teadmata. 2-l haigel on aga hematoloogiline seisund erilise muutuseta, kuigi haiged tunnevad end hästi. Viimane on nähtavasti tingitud varem kõrgel püsinud arteriaalse vererõhu langusest.

Näitena toome 56-aastase meeshaige: enne ravi algust 1957. a. vererõhk 220/120, Hb 130%, Er. 7.590.000, L. 13.500. Pärast ravi 1959. a. vererõhk 140/80 (Püsivalt!), Hb 105%, Er. 5.970.000, L. 20.200. Kontrollimisel 1959. a. oktoobris oli patsiendi enesetunne hea. Väärib märkimist, et haige ei oie saanud mingit ravi hüpertoonia puhul.

Arteriaalse rõhu langus on meie haigetele reegliski hüpertoonilise vormi puhul. Kui aga erütremia kulgeb normaalse vererõhuga, siis ei avalda P³² mingit hüpotenseerivat toimet. Viimane asjaolu vihjab meie arvates siiski erütremia kahesuguse geneesi võimalusele.

Ülalkirjeldatust selgub ka meie kogemuste põhjal, et P³² kasutamine on erütremia puhul kõigiti põhjendatud ning on käesoleval ajal parimaks teraapiaks.

Peale erütremia on Tallinna Vabariiklikus Haiglas P³² kasutatud leukooside raviks 12 patsiendil kroonilise lümfadenosiga ja 1 patsiendil kroonilise müeloleukoosiga. Haiguse algusest (õigemini küll diagnoosi püstitamisest) oli möödunud P³²-ravi rakendamiseni 0,5 kuni 10 a. Osa haigeist oli enne ravitud röntgenikiiritusega (3), embihhiiniga (3), arseeni ja uretaaniga.

P³² manustati, nagu erütremia puhulgi, glükoosilahuses peroraalselt. Ühekordne doos oli 1,26 mC kuni 2 mC (ühel korral manustati 3 mC). Üksikutel juhtudel kalduti kõrvale üldiselt kehtivatest instruksioonidest. Nii sai väljakujunenud aneemiaga (Hb 31%, Er. 1.520.000, L. 487.500, Tr. 170.000) 54-aastane patsient raske düspnoe tõttu, mis oli tingitud suurenenud kaela ja parabronhiaalsete lümfinäärmete kompressioonist veresoontele ja trahheale, elulistel näidustustel P³² üheaegselt vereülekandega. Pärast ravi lõpetamist kirjutati patsient välja rahuldavas seisundis paranenud hematoloogiliste andmetega (Hb 48%, Er. 2.540.000, L. 38.200, Tr. 130.000).

Teisel juhul olime sunnitud kasutama radioaktiivset fosforit haigel kroonilise lümfadenosiga kaasneva nefrooso-nefriidiga ja kroonilise bronhiidiga väljakujunenud organite metaplaasia tõttu.

Hematoloogilised andmed olid sealjuures järgmised:
enne ravi veebr. 1958 Hb 65%, Er. L. 31.300, Tr. 200.009

märts 1958 2 mC P³²

mai 1958 Hb 56%, Er. 2.670.000 L. 18.000

sept. 1959 Hb 58%, Er. 2.980.000 L. 35.400, Tr. 195.000

Haige talus ravi hästi, komplikatsioone ei esinenud. Hea enesetunne püsib käesoleva ajani.

Nagu erütremia puhul, nii ei kajastunud eelnev ravi P³²-teraapia tulemusel ka leukooside puhul. Head raviefekti võisime täheldada 3-1 kliiniliselt keskmise raskusega juhul.

Vaatamata P³² heale talutavusele ja enesetunde paranemisele pärast isotoobi manustamist üheaegse lümfisõlmede, maksa ja põrna vähene misega ning hematoloogiliste näitajate paranemisega on meie 12-st haigest kroonilise lümfadenosiga käesolevani surnud 6. (viiel oli tüsistuseks pneumoonia, ühel ägenenud tuberkuloos). Võimalik, et siin avaldub organismi vastupanujõudude nõrgenemine.

Meie tähelepanekutest jääb mulje, et leukooside puhul ei oma P³²-ravi erilisi eeliseid võrreldes teiste ravivahenditga. Erütremia puhul aga on P³² käesoleval ajal valikvahendiks.

KIRJANDUS

1. Истаманова Г. С. Клинич. медицина, 1940, II, 19—43. — 2. Абасов И. Т. и Наджарова А. Г. Азербайдж. медиц. журнал, 1957, 10, 104—109. — 3. Виноградская-Езерская М. А. Врачебн. дело 1956, 20, 1010—1016. — 4. Демин

дова А. В. Пробл. гематологии и переливании крови 1958, 6, 31—37. — 5. Владос Х. Х. Клиническая гематология М., 1937. — 6. Дубинский А. А. Вестн. рентгенол. и радиол. 1958, 3, 70. — 7. Кассирский И. А. и Алексеев Г. Н. Клиническая гематология М., 1955. — 8. Кассирский И. В. и Демидова А. В. Пробл. гематол. и переливания крови 1959, 5, 3—13. — 9. Сборник трудов, Лечение радиоактивным фосфором больных истинной полицитемией и некоторыми формами лейкозов. Под ред. Можарова Е. Н. и Белугиан В. Т., Розанова Л. М. М., 1955. — 10. Фрейфельд Е. И. Гематология М., 1947. — 11. Кост Е. А. Лейкозы и эритремии М., 1955. — 12. Рудаков В. В. Мед. радиол. 1958, т. 3, 3, 21—25. — 13. Becker, T. Klin. Wochenschr. 1932, 30, S. 1260.

Лечение радиоактивным фосфором больных эритремией и лейкозами

А. Мардна

Резюме

В Таллинской республиканской больнице P^{32} был применен у 29 больных. Из них 16 болели эритремией.

Хотя диагноз при этом заболевании не представляет особых затруднений, однако, больных эритремией часто лечат как больных гипертонической болезнью, конъюнктивитом, невралгией и т. д. Нередко правильный диагноз ставится только при осложнении эритремии тромбозом мозговых сосудов.

P^{32} больные получали утром натошак в 200 мл 10—20% глюкозы. Высшей однократной дозой было 3шС, на курс лечения 6—8шС. Ни субъективных, ни объективных побочных явлений не отмечалось. Ранее применявшиеся препараты на эффект лечения не сказывались. Не наблюдалось возникновения анемии и тромбопении. В некоторых случаях имелось хорошее обратное развитие сопутствующих тромбофлебитов.

При гипертонической форме эритремии, как правило, имела нормализация артериального давления (АД), а при нормальном артериальном давлении P^{32} гипотензивного действия не оказывал. Итоги лечения эритремии P^{32} вполне удовлетворительны. Из 16 больных у 12 нормализовались гематологические данные и АД, больные стали трудоспособными. У 2 больных, несмотря на незначительное улучшение гемограммы, самочувствие хорошее, что связано со стойкой нормализацией АД.

Лечение P^{32} применялось и у 12 больных лейкозом (11 лимфаденозы, 1 миелолейкоз).

Из-за выраженной метаплазии органов P^{32} был применен с неплохим результатом у больного с сопутствующим нефрозо-нефритом и у больной с выраженной анемией (в последнем случае с одновременными переливаниями крови).

Несмотря на хорошую переносимость и непосредственное субъективное и объективное улучшение, терапия лейкозов P^{32} не имеет преимуществ перед другими методами лечения. Так, из 12 больных в течение двух лет умерло 6. При эритремии же P^{32} является в настоящее время несомненно методом выбора.

ISHIASE KIRURGILISEST RAVIST

A. Chevalier,
arstiteaduse kandidaat

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Ishias (enamasti lumbosakraalse radikuliidi) ägedate ja alaägedate juhtude kõrval esineb kroonilisi haigusjuhte, mis kulgevad sagedate retsiidiividega, häirivad haige töövõimet ning alluvad konservatiivsele ravile visalt. Ishias ravimeetodid kannavad empiirilist iseloomu, kuna haiguse etioloogia ja patogenees pole veel täpselt välja selgitatud.

Paaril viimasel aastakümnel on leidnud üha rohkem tunnustust ishias diskaalse patogeneesi teooria, mis avab perspektiivid haiguse kirurgiliseks raviks.

Mõned kirurgid, nagu Elliott, Deery jt. arvavad koguni, et lülidevahelise ketta väljasopistumine osutub ishiase ainsaks põhjuseks ning «ishiase» diagnoos peab üldse asenduma diagnoosiga «diskuse hernia».

Nõukogude Liidus on diskuse hernia operatiivse ravi küsimusele seni pühendatud suhteliselt vähe tähelepanu. Avaldatud on Kadini töö (Moskva Neurokirurgia Instituudis 1952. a.), kes on hea eduga opereerinud 20 haiget, Popova tähelepanekud 9 haigel (1948), Saruhhanjani tööd (1954, 1957) ja veel mõned artiklid.

Eesti NSV-s opereeriti diskuse hernia puhul ishiasehaiget esmakordselt 1957. a. Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonnas*. Järgmisel aastal hakati kasutama seda operatsiooni suhteliselt laialdaselt Tartu Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonnas ja 1959. a. suvel tegi E. Raudam kokkuvõtte juba 53 opereeritu kohta.** Tallinnas oleme opereerinud tunduvalt vähem (17 haiget).

Kokku võttes kättesaadavas kirjanduses leiduvaid andmeid ja kõrvutades neid meie piiratud kogemustega peatume mõnel diskuse hernia operatiivse ravimise probleemi tähtsamal küsimusel.

Diskuse herniat leitakse ishiasehaigetel kaunis sageli (eri autorite järgi 50—93%). Eriti huvitav on Guillaume'i ja Janny' materjal: nad on opereerinud 1450 inimest, kes põdesid ishiast, mis ei allunud konservatiivsele ravile. Ei tehtud mingit erilist valikut, ei haiguse kestuse ega haigete ea järgi. Tänu ühe, kahe, harvem kolme lüli vahelise ruumi täpsele eksploratsioonile leiti diskuse herniat 93% haigetest. Raudami andmeil 53 opereeritust ei leitud prolapsi vaid 4 haigel. Positiivsete leidude protsent on paljude autorite andmeil siiski tunduvalt madalam: näiteks leidis Kadin diskuse herniat vaid 12 haigel 20 opereeritust, Popova — 2 haigel 9 opereeritust. Ka meie 17 haigest esines kindel demonstratiivne diskuse hernia vaid 7-l. Peale selle esines 3 haigel *lig. longitudinale posterius*'e väike väljarõhumine tahapoole, kuid ligamendi läbilõikamisel ei õnnestunud leida lülidevahelise ketta prolabeeruvat kude. Kahel juhul oli *lig. flavum* paksenenud, viiel juhul lülisambas mingit patoloogiat ei leitud.

Diskuse hernia on tavaliselt hernetera kuni pähklisuurune moodustis, mis koosneb lülidevahelise ketta säsituumast või ka kiudvõru koest ja asub tavaliselt närvijuure (funikulaarosa) ees või veidi lateraalselt, harvem otse keskjoonel eespool duraalkotti. Harva võib hernia esineda kahepoolselt või mitmes lülidevahelises ruumis. Tavaliselt katab herniat tagantpoolt *lig. longitudinale posterius*. Pikemaajalise rõhumise tagajärjel võib *lig. longitudinale* ja ka *lig. flavum* pakseneda, või vastupidi, atrofieeruda, nii et hernia satub epiduraalruumi. Vanad prolapsid koosnevad degenerereerunud kõhrkoest ja nende struktuuri (säsituum või kiudvõru) võib eristada ainult histoloogiliselt. Peale selle põhjustab hernia veenide laienemisi epiduraalruumis, osteofüütide moodustumist ning sekundaarseid muutusi närvijuuri ümbritsevates kestades.

Diskuse hernia diagnostika ei ole sugugi kerge. Neuroloogiline sümptomaatika kujuneb vastavalt hernia kõrgusele, asukohale närvijuure suhtes ning sekundaarsetele muutustele närvijuuri ümbritsevates kudedes. Prolapsid tekivad enamasti ühe lülidevahelise ketta kõrgusel, kõige sagedamini L_V—S_I või L_{IV}—L_V lülide vahel. Olenevalt sellest on ka neuroloogisel sündroomil monoradikulaarne iseloom. Kuid ei tohi unustada,

* A. Chevalier — Intervertebraaldiskuse hernia kirurgilisest ravist. Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite VII vabariikliku konverentsi ettekannete teesid, Tartu, 1957, lk. 4.

** E. Raudam — Nimme lülidevaheliste diskide prolapsi kirurgilisest ravist. Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite IX vabariikliku konverentsi ettekannete teesid, Pärnu 1959, lk. 16—17.

et ka ühe diskuse hernia võib komprimeerida kaht närvijuurt (näiteks L_v-S_1 diskuse hernia võib komprimeerida L_5 juurt *foramen intervertebrale's* ja S_1 juurt seal, kus viimane läbib duraalkotti). Seega ei eita kahe närvijuure sümptoomid kaugeltki diskuse hernia olemasolu.

Diskuse hernia annab järgmise sümptomaatika:

1. Närvijuure ärritus- ja väljalangemisnähud. Kahjustatud on peamiselt tundekiud. See väljendub valudes, antalgeetilistes asendites, reflekside muutustes. Kõik need tunnused on omased ishiasele ja nende varal ei saa kuigi kindlalt ütelda, kas haigus on diskogeenne või põletikulise päritoluga. Siiski paneb haiguspildi piirdumine ühe närvijuure sündroomiga alati mõtlema selle kompressioonile.

2. Lokaalne valulikkus paravertebraalselt tugeval vajutamisel oletatava diskuse hernia kohal. Tekkinud valu sarnaneb sageli radikulaarvaluga, irradieerudes just piirkonda, kuhu lokaliseeruvad ka haige spontaansed valud. De Sèze nimetas seda tunnust väga ilmekalt «kellasümptoomiks». Meie arvates on see sümptoom üks väärtuslikumaid diskuse hernia vähestest otsestest tunnustest.

3. Seljaajuvedeliku muutused, nagu valguhulga suurenemine liikvoris, esinevad kaugeltki mitte kõikidel diskuse hernia juhtudel. See tunnus esineb ka põletikulise geneesiga radikuliidi (eriti polüradikuliidi) puhul. Me oleme leidnud valguhulga suurenemist liikvoris, mis võeti ülalpool herniat. See kõik näitab, et valguhulga suurenemine ei ole subarahnoidaalruumi mehaanilise kompressiooni tunnuseks ja seega ei oma erilist diagnostilist tähendust diskuse hernia puhul (küll aga radikulaarse ishiase puhul). Tartu Vabariiklikus Haiglas on leitud, et negatiivne epiduraalrõhk diskuse hernia puhul on L_v-S_1 lülide vahemikus madalam kui hernia kohast kõrgemal asuva epiduraalruumi oma.* Need esialgse uurimuse originaalsed tulemused nõuavad kinnitamist suuremal materjalil ja võivad siis osutuda äärmiselt väärtuslikuks diskuse hernia diagnostikas.

4. Röntgenoloogilised andmed. Vaid vähesed harva esinevad spondülogrammi muutused osutuvad diskuse hernia otsesteks tunnusteks (näiteks osteofüüt lülisambakanali suunas). Lubjastumata diskuse herniat ennast ei ole võimalik röntgenifilmil näha. Kontrastmüelograafia lipoidooliga on ohtlik ja kaugeltki mitte kindel diagnostiline vahend. Isegi selle meetodi pioneer Sicard on temast diskuse hernia puhul loobunud.

Diagnostiliselt seisukohalt on kahtlemata väärtuslik diskuse hernia puhul haiguse kulu jälgimine. Oluline on ishiase valude ilmumine seoses lülisambatraumaga. Viimane ei tarvitse sugugi olla raske — näiteks piisab raskuste tõstmisest, pingutustest lülisamba rotatsiooniga, istuli kukkumisest. Haige anamneesis võib esineda alguses valusid nimmepiirkonnas, mis alles hiljem — mõne kuu või isegi mõne aasta pärast — hakavad kiirguma alajäsemesse. Seda seletatakse nii, et esialgu on valu tingitud diskuse enda traumast (diskus on rikkalikult varustatud närvikiududega), kui aga tekib säsituma prolaps, mis põhjustab närvijuure kompressiooni, võtavad valud radikulaarse iseloomu.

Kuigi võiks arvata, et diskuse hernia puhul valud peavad progresseeruma, sest tegemist on püsiva mehaanilise kahjustusega, ei ole see kaugeltki alati nii. Vaatlesime nimmelülidevahelise ketta herniaga opereeritud haiget, kel esinesid 3 a. jooksul remiteeruva iseloomuga ishiasevalud. Diskuse koe muutused (pundumine, degenerereerumine), selle minimaalsed nihkumised närvijuure suhtes, närvikiudude tundlikkuse muutused (eriti kiudude degeneratsioon), tingivad remissioone ja isegi spon-

* R. Paimre — Epiduraalrõhu ja liikvori uurimise diagnostilisest tähtsusest nimme lülidevaheliste diskide prolapsi puhul. Eesti NSV neurol. ja psühh. IX vabar. konv. ettekannete teesid, Pärnu, 1959, lk. 18.

taanse paranemise võimalust. See seletab ka konservatiivse ravi efektiivsust diskuse hernia puhul.

Operatiivse vahelesegamise näidustusteks tuleb meie arvates pidada kroonilist lumbosakraalset radikuliiti, mis ei allu konservatiivsetele ja poolkirurgilistele ravivõtetele (epiduraalsed, perineuraalsed blokaadid jms.), kus anamneesis esineb viiteid lülisamba otsesele või kaudsele traumale ja kus neuroloogiline sündroom toopiliselt osutab ühe (või kahe naabrusesasetseva) närvijuure kahjustusele.

Kliinilise pildi hinnang, röntgenograafiliste, liikvori ja elektrodagnostiliste andmete arvestamine lubavad kõrvalekaldumist ülaltoodud skeemist ja võimaldavad neurokirurgil individuaalselt küsimusele läheneda. Kuid esialgu püüame valida operatsiooniks just ülaltoodud tunnustega ishiasehaigeid.

Seni puudub ühtsus operatsioonimetoodika osas. Mõned kasutavad laminektoomiat, teised hemilaminektoomiat, kolmandad püüavad opereerida minimaalse traumaga ning säästa lülিকাari, valides interlaminaarse juurdepääsu. Viimane püüe on kahtlemata õige, kuid ei tohi unustada, et operatsiooni tulemused olenevad kõigepealt närvijuure piirkonna eksploratsiooni täiuslikkusest. Crawford kaastöolistega nõuab *proc. articularis*'te eemaldamist; Sicard eemaldab alati *proc. spinosus*'e, kuid püüab säästa *proc. articularis*'t; Petit-Dutaillis soovib ökonoomset operatsiooni, kuid eksploratsiooni raskuste puhul peab õigeks ogajätke ning ühe, või isegi kahe lülিকাare eemaldamist. Ka Kadin Moskva Neurokirurgilisest Instituudist kasutab laminektoomiat. Raudam kasutab ühepoolse diskuse hernia eemaldamiseks hemilaminektoomiat või interlaminaarset juurdepääsu, keskasendis asuvate ja kahepoolsete herniate eemaldamiseks aga laminektoomiat.

Meie oleme kasutanud esialgu laminektoomiat, mis kahtlemata võimaldab kõige paremat eksploratsiooni ja ka *dura* avamist *cauda equina arachnoidea* eksploratsiooniks. Negatiivseid tagajärgi me ei täheldanud. Kuid on ilmne, et laminektoomia siiski häirib mõningal määral lülisamba staatikat, eriti füüsilise töö tegijail, ja on traumatiseerivam kui ökonoomsemad juurdepääsud. Hemilaminektoomia iima ogajätke eemaldamiseta on tehniliselt raskem. Kõige otstarbekohasem (ühepoolse hernia puhul) tundub meile intermüolaminaarne juurdepääs Guillaume'i, Mazars'i ja Masseboeuf'i järgi. Siin tehakse lihaste lõige keskjoonest veidi eemal, tungitakse läbi lihaste lülিকাarte vahelisse ruumi, kõrvaldatakse peitli abil kahe naaberkaare ääred ja *lig. flavum*. Selle meetodi puhul on teekond närvijuureni lühem kui hemilaminektoomia puhul ja eksploratsioon hõlpsam.

Diskuteeritav on radikotoomia otstarbekuse küsimus. Petit-Dutaillis ja Pertuiset kasutavad alati radikotoomiat. Nende andmeil on ühe närvijuure läbilõikamine ohutu ja ei jäta üldse defekti. Wertheimer loobus radikotoomiast, sest diskuse eemaldamise puhul osutuvat see liigseks. Me oleme radikotomeerinud (intra- või ekstraduraalselt) 5 juhul, enamasti siis, kui kindlat diskuse herniat ei õnnestunud avastada. Veendusime, et ühe närvijuure läbilõikamine jätab tõepoolest minimaalse defekti ja võib anda häid tulemusi ka siis, kui herniat ei avastata. Hernia eemaldamise puhul näib radikotoomia liigsena.

Mis puutub operatsiooni tulemustesse, siis on need diskuse hernia eemaldamise puhul küllaltki head. Nii, näiteks, annavad Wertheimer'i andmeil diskaalse ishiase operatsioonid 70 % tervistumist, 20 % paranemist ja 10 %-l jääb endine seisund. Guillaume'i ja Janny' andmeil saadakse 86,3 % paranemist (34,3 % suurepäraseid tulemusi, 52 % häid), 7,2 % mõningat paranemist, kuna 6,5 % jääb muutusteta või halveneb. Raudamil kadusid 53-st haigest 47-l valud täielikult. Meie 17 opereeritud haigest vabanes 6 valudest täielikult, 10-l seisund paranes, 1 jäi muutusteta. 7 haigest, kel-

lel eemaldasime diskuse hernia, 5 tervistus, 2 paranes. Täheldasime tervistumist ka haigetel, kes on aastaid olnud invaliidid.

1. Haige L., 44-aastane mees, metsatöoline (brigadir) haigestus ligi 3 a. tagasi. Algul tekkisid valud nimmepiirkonnas, 3 kuud hiljem hakkasid need kiirguma paremasse alajäsemesse. Valud ei olnud pidevad, kord ägenesid, siis jälle vaibusid. 1958. a. seoses raskuste tõstmisega valud tugevnesid, haarasid paremat reit, säärt ning labajalga. Statsionaarsel uurimisel avastati väljakujunenud lumbaalne küfoskolioos (kumerusega paremale). Kellasüptoom L_{IV}—L_V lülide vahel paremal. Lasègue'i sümptoom paremal positiivne (60—70°). Tundlikkus korras. Paremal säärelihaste mõõdukas atrofia. Parema jala I varba ekstensioonijõud kergelt vähenenud. Achillese ja medioplantaarne refleks paremal alanenud, *gastrocnemius*'e lihaserutatavus paremal tõusnud. Lülisamba röntgenifilmidel parempoolne skolioos peamiselt L_{IV}—L_V lülide vahe asümmeetria arvel. Seljaajuvedelikus L_{III}—L_{IV} kõrgusel valguhulk suurenenud kuni 0,55%.

Arvestades haiguse kulgu, seost lülisamba ülepingutusega, «kellasümptoomi» ja röntgenoloogilisi andmeid, diagnoositi diskuse herniat. Tehti laminektoomia L_{IV}—L_V kõrgusel; paremal pool L_V närvijuure ees asus oasuurune *lig. longitudoinal*e'ga kaetud tihe moodustis, mis osutus ketta herniaks. See eemaldati terava lusika ja kääride abil. Närvijuur jäi puutumata.

Postoperatiivne kulg oli ilma komplikatsioonideta. Haige lamas 3 nädalat kõval alusel. Varakult alustati ravivõimlemist. Spontaansed valud kadusid kohe pärast operatsiooni, samuti skolioos. Ka edaspidi ei esinenud valusid käimisel ega seismisel.

2. Haige K., 49. a., elukutselt kingsepp. Haigestus 18 a. tagasi (sattunud juhuslikult ehitustöödele) valudega nimmepiirkonnas. 5 a. tagasi valud ägenesid ja irradieerusid vasakusse jalga. Tuli neurokirurgia osakonda 1958. a. suvel, sai konservatiivset ravi ning epiduraalblokaade vasakpoolse lumbosakraalse radikuliidi tõttu. Lahkus mõninga paranemisega, kuid 4 päeva hiljem tuli tagasi osakonda talumatute jalavalude tõttu. Haigel leiti tugev torakolumbaalne skolioos, Lasègue'i sümptoom positiivne, eriti vasakul pool. Vasaku sääre välispinnal ja vasaku labajala dorsaalpinnal hüpalgeetiline riba, mis peaks vastama S₁—S₂ närvijuurele. Säärelihaste toonus vähenenud. Achillese reflekside asümmeetria vasema alanemise arvel. Arvestades väga tugevaid spontaanseid valusid ja furunkuli armi lumbaalpiirkonnas mõeldi infektsioossele arahnoradikuliidile ning otsustati teha eksploratiivne operatsioon. L_{IV}—L_V lülikaarte eemaldamine *dura* avamisega näitas vaid *lig. flava* paksemist ning S₁ närvijuure ekstraduraalse osa liitumist naaberkudedega. Diskuse väljasopistumist ei avastatud. Vasempoolne S₁ tagumine närvijuur lõigati läbi intraduraalselt.

Spontaansed valud kadusid kohe. Järgnevatel päevadel ei õnnestunud konstateerida postoperatiivset defekti, kui mitte lugeda seda, et Achillese refleks muutus veel madalamaks ja hüpalgeetilisel alal õnnestus avastada tundlikkuse hüperpaatilist iseloomu. 3 nädala pärast hakkas haige käima. Pärast haiglast lahkumist kaebas selja ja jala kerget väsimist. Töötab omal alal kergendatud tingimustes.

Mõlemad ülaltoodud juhud demonstreerivad operatsiooni head efekti konservatiivsele ravile mitte alluva ishiase puhul. Esimesel juhul oli tegemist väljakujunenud diskuse säsituma väljalangemisega ning närvijuure kompressiooniga. Siin toob hernia eemaldamine paranemise. Teisel juhul diskuse herniat ei leitud. Avastati vaid *lig. flava* paksemine ning periradikulaarsed liited. Literatuuris kirjeldatakse rohkesti sääraseid juhtumeid, kus ishiase ainsa põhjusena on leitud sidemete paksemisi. Siin osutub vastava tagumise närvijuure (S₁) intraduraalne läbilõikamine küllaldaseks, et spontaanseid valusid täielikult kõrvaldada. Niisiis, ka neil juhtudel, kus diskuse hernia avastamine ei õnnestu, osutub kahjustatud juure läbilõikamine kasulikuks.

Kokku võttes ülaltoodud andmeid, võib järeldada, et lumbaaldiskuse hernia esineb ishiase põhjusena tunduvalt sagedamini, kui seda arvatakse ja et operatiivne vahelesegamine ishiase puhul—hernia eemaldamine või radikotoomia—osutub tõhusaks ravivahendiks kroonilise raske lumbosakraalse radikuliidi puhul.

1. К а д и н Л. С. Вопр. нейрохирургии, 1952, 1, 22—30. — 2. П о п о в а Н. Н. Вопр. нейрохирургии 1946, 1, 37—42. — 3. С а р у а н я н В. О. Труды 3-го Закавказского съезда хирургов. Ереван, 1948, 610—622. — 4. С а р у х а н я н В. О. и Х е р о б я н Ф. А. Хирургия, 1954, 2, 55—60. — 5. К у н ц З. Хирургия 1951, 10, 10—21. — 6. Chevalier, A. Ishiase kliinikust. Nõukogude Eesti Tervishoid 1959, 1, 34—39. — 7. Crawford, A. S., Mitchell, C. L., Granger, G. R. Arch. Surg. 1949, 59, 3, 724—730. — 8. Cuillaume, J. et Janny, P. Presse méd. 1953, 61: 9, 172—174. — 9. Petit-Dutaillis, D. et Pertuiset, B. Mém. Acad. chir. 1947, 73: 18, 396—403. — 10. Sicard, A. Semaine des hôpitaux de Paris, 1954, 30: 44—45, 2793—2797. — 11. Wertheimer, P. Semaine de hôpitaux de Paris, 1953, 29: 25, 1243—1249.

О хирургическом лечении ишиаса

А. Шевалье

Резюме

За последние десятилетия широкое распространение получила дискальная теория происхождения ишиаса, которая открывает большие возможности для хирургического его лечения в хронических случаях, не поддающихся консервативным мероприятиям. Однако, в Советском Союзе лишь единичные нейрохирурги пользовались хирургическим методом удаления грыжи межпозвоночного диска при хронических пояснично-крестцовых радикулитах.

В Эстонской ССР хирургией ишиаса впервые занялось нейрохирургическое отделение Таллинской республиканской больницы в 1957 г. До сих пор было оперировано 17 больных хроническим радикулитом, из которых у 7 была обнаружена грыжа межпозвоночного диска, у 7 — другие, менее резко выраженные изменения со стороны позвоночника.

Оперативное лечение дало следующие результаты: в 7 случаях выздоровление, в 9 — улучшение, в 1 случае — без изменений. Лучшие результаты были получены при удалении грыжи диска; однако, в ряде случаев значительное улучшение наступило и при одной лишь перерезке корешков.

Испытав различные способы оперирования, мы остановились на экономной резекции половины дужки, пользуясь межмышечным подходом по Гийому.

Показаниями к операции мы считаем наличие преимущественно монорадикалярного синдрома, хроническое, плохо поддающееся консервативным мероприятиям течение и связь начала заболевания с травматическим фактором.

RATSIONAALSE TOITUMISE ALUSED

K. Gavrilov

(Tallinna IV Haiglast, peaarst A. Nordberg)

Rahvamajanduse arenemise kõrge tase ja igat liiki toiduainete küllus on loonud meil kõik tingimused ühiskondliku ja individuaalse toitlustamise õigeks organiseerimiseks, nõukogude kodanike tervise kaitsmiseks ning nende eluea pikendamiseks.

Ühtlasi ei tohi unustada, et toiduainete küllus võib väga kergesti viia liialdamiseni toitlustamisel, mille tagajärjel arenevad ohtlikud ainevahetuse-, südame- ja vereringehaigused.

Terve inimese õigesti koostatud toiduratsioon peab katma ööpäevase energiakulu ja sisaldama organismile vajaliku hulga toitaineid, s. o. valke, rasvu, süsivesikuid, mineraalsoolasid ja vitamiine. Vastavad vaatlused näitavad, et nn. valgutoidu puhul (liha, juust, piim, munavalge, ieib, suhkur, või) omastab organism kõige rohkem valku (94,5%), rasva (95,4), süsivesikuid (96,5%) ja kõige vähem mineraalaineid (66,5%). Peamiselt süsivesikuid sisaldava toidu (tatratangud, suhkur, sai, või, piim) puhul langeb mõnede ainete omastatavus ning teiste ainete omastatavus tõuseb. Sel juhul omastab organism valkudest 89%, rasvast 94%, süsivesikuist 99% ja mineraalainetest 80%. Järelikult on süsivesikute ja mineraalainete omastatavus süsivesikurikka toitmise puhul nõrgem kui rikkalikult valkaineid sisaldavate roogade tarvitamisel.

Sellest järeldub, et kui toiduratsioon ei ole õigesti koostatud, siis organism ei omasta kõiki toitaineid täielikult, vaatamata nende küllaldasele hulgale.

Üks seedimist soodustavaid põhitingimusi on mao normaalne sekretsioon, mis tagab vajaliku hulga seedemahlu. Tugevat toimet seedimisprotsessi avaldab ka toidu iseloom. Iga toidu puhul eritub maomahla erinevas koguses ja seedeväärtuses. Paljude katsetega on tõestatud, et kõige rohkem maomahla eritub lihatoidu puhul. Lihapuljong või -leem suurendab maomahla eritumist selle tõttu, et lihas leidub ekstraktiivainetena tugevaid keemilisi ärritajaid, nagu mineraalsoolad ja lahustuvad valgud. Süsivesikurikka toidu tarvitamisel eritub maomahla vähem ning segatoidu ja piima tarvitamisel veelgi vähem. Piima tarvitamisel on maomahla eritumise aeglustumise põhjuseks piimas leiduvate rasvade pidurdav toime. Hästi toimivad seedimistalitlusse hapud toiduained, nagu hapu puuvili ja köögivili (hapukapsas, kurgid, arbuusid, tomatid). Hapu toit ei loo mitte ainult soodsaid tingimusi seedimiseks, vaid tugeva ärritajana ergutab ka kõhunääret, mille fermentid võivad kompenseerida maonäärmete puudulikkust nörüstust. Fermentidel, eriti pepsiinil, on suur tähtsus seedimisprotsessis.

Juba ammu on kindlaks tehtud, et kõige tugevama seedetoimega on peamiselt süsivesikuid sisaldava toidu (leib, tangud) tarvitamisel erituv maomahl. Teisel kohal on liha- ehk valgutoidu puhul erituv maomahl ning kõige nõrgema seedetoimega on maomahl, mis eritub piima tarvitamisel.

Suurte sarvloomade liha põhjustab nii keedetuna kui ka praetuna intensiivsemat maonörüstust kui noor- ja väikeloomade (lamba-, vasika-) liha. Mõningane vahe on ka külmutatud ja jahutatud veiseliha toimes maonäärme talitlusse. Külmutatud lihast valmistatud toidu puhul eritub maomahla vähem kui toidu korral jahutatud lihast.

Kalaliha toime maonörüstusse sõltub selle rasvasisaldusest. Lahja kalaliha tekitab mõõduka sekretsiooni ja on kergesti seeditav. Rasvase kalaliha seedimiseks kulub rohkem maomahla ja fermente. Tunduvat toimet mao sekretsiooni avaldavad rohelised maitseained (petersell, till, salat jt.). Selliste maitseainete tarvitamine liha ja leiba sisaldava toiduratsiooni juurde suurendab mao sekretsiooni umbes kaks korda, eriti esimestel tundidel pärast söömist. Seejuures ei suurene mitte ainult sekretsioon vaid tõuseb ka maomahla seedetoime ja üldine happesus. Nagu teada, tõstavad toiduratsioonile lisatavad teravamaitseained suupisted ja maitseained isu.

Suurt toimet seedimisse ja toitainete omastamisse avaldab toiduainete kulinaarse töötlemise meetod, kaasa arvatud ka toidu peenendamise aste.

Parajalt peenendatud, koredatest osadest puhastatud ja kuumaga hästi töödeldud toit on kergemini seeditav ning imendub kiiremini kui peenendamata toit. Keedetud toiduained seedivad kiiremini kui praetud. Seeditavuse ja omastatavuse suurendamiseks tuleb hoolitseda roogade mitmekesisuse eest. Toiduainete suurem valik tekitab paremat isu ja mõjutab

tugevasti seedimisportsessi. Olulise tähtsusega toidu parema omastamise seisukohalt on ühes ratsioonis leiduvate ainete vahekord. Valkude, rasvade ja süsivesikute kaalusuhe peab olema 1 : 1 : 4. Peale selle peab toit sisaldama vajalikku hulka vitamiine ja mineraalsoolaid. Hästi valmistatud ja serveeritud toit tekitab isu ja tugevdab nn. isumahla eritumist. Loomsed valgud on kergemini omastatavad kui taimsed. Segatoidu puhul, mille koostisse kuuluvad nii loomsed kui ka taimsed produktid, ulatub valkude omastatavus 90—92 % ja rasvade omastatavus 95 protsendini. Süsivesikute omastatavus ei muutu.

Tähtsat osa toitainete omastatavuses etendavad köögiviljad. Nende lisamine roogadele tangude arvel suurendab süljenäärmete tegevust ning tugevdab maonäärmete ja kõhunäärme ning neerude talitlust. See soodustab toidu keemilist töötlemist ja tõstab toitainete omastatavust.

Kui roogades köögiviljad puuduvad, siis omastatakse valkudest 80 %, rasvast 82 % ja mineraalainetest 60 %. Köögiviljade lisamine toiduratsioonile tõstab valkude omastatavuse 88, rasva omastatavuse 92 ja mineraalainete omastatavuse 77 protsendini. Süsivesikute omastatavus jääb muutumatuks ja kõigub 90—95 % piirides.

Organismi talitluseks on pidevalt vaja energiat. Selle allikaks on energia, mis vabaneb süsivesikute, rasvade ja valkude hapendumisel kudedes. Nende ainete hapendumisel organismis tekivad lõpp-produktid — süsihappugaas ja vesi. Organismist erituva süsihappegaasi järgi võib kindlaks määrata hapendunud toitainete üldise koguse.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Toitlusinstituut on 30 aasta jooksul gaasivahetuse meetodi abil uurinud energiakulu tootmistööl mitmesuguse elukutsega inimestel. Selle töö tulemuste põhjal jagatakse kogu elanikkond nelja rühma, vastavalt töö liigile ja lihastöö intensiivsusele.

Esimese rühma moodustavad kõik isikud, kes ei ole seotud lihastööga, nagu teenistujad, teadlased, insenerid, arstid, kirjanikud, pedagogid, üliõpilased jt. Nende energiakulu ööpäeva jooksul ei ületa 3000—3200 suurt kalorit.

Teise rühma kuuluvad isikud, kelle töö on mehhaniseeritud (treialid, hõõveldajad, freesijad, tekstiilitöölised, autojuhid jt.). Energiat kulub neil seda vähem, mida rohkem töö on mehhaniseeritud. Selle rühma inimeste ööpäevane energiakulu on 3500 suurt kalorit.

Kolmandasse rühma kuuluvad isikud, kelle töö ei ole mehhaniseeritud või on ainult osaliselt mehhaniseeritud (sepad, lukussepad, veejuhtmetöölised, kaevanduste pealmaatöölised, põllutöölised, puusepad, tiserid, krohvijad jt.). Nende ööpäevane energiakulu on 4000 suurt kalorit.

Neljandasse rühma kuuluvad isikud, kes teevad rasket füüsilist mehhaniseerimata tööd (kiviraiujad, kaevanduste allmaatöölised, laadijad). Nende ööpäevane energiakulu on 4500—5000 suurt kalorit.

Esimese rühma töötajatel soovitatakse tarvitada: valku — 110 g, selle hulgas loomset valku 65 g, rasva 105 g, selle hulgas loomset 90 g, ja süsivesikuid 435 g.

Teise rühma toitainete normiks on 120 g valku, selle hulgas loomset 70 g, rasvu 116 g, selle hulgas loomseid 95 g, ja süsivesikuid 490 g.

Kolmas rühm peab saama 140 g valku, selle hulgas 80 g loomset, rasvu 135 g, selle hulgas loomseid 110 g, ja süsivesikuid 560 g.

Neljandasse rühma kuuluvad töölised peavad ööpäeva jooksul saama valku 165 g, sellest loomseid 95 g, rasva 150 g, selle hulgas loomseid 120 g ja süsivesikuid 630 g.

Toiduratsioonide koostamisel tuleb arvesse võtta ka inimese iga. Vastavalt vananemisele muutub lihaste töö piiratumaks ja väheneb energiavahetus.

Liialdusteta toitumine on väga tähtis keskmises elueas. See on heaks

abinõuks, mis aitab vältida ainevahetuse häireid, rasvumist ja ateroskleroosi. Ööpäevaste toiduratsioonide koostamisel tuleb arvesse võtta õiged suhted üksikute toitainete vahel. Üldisest kalorite arvust peavad valgud andma 14 %, rasvad 30 %, süsivesikud aga 56 %.

Toiduratsiooni väärtuse tõstmiseks peab selles leiduma küllaldaselt ka mitmesuguseid liha-, kala-, jahu- ja tanguprodukte ning puu- ja köögivilju. Peamiselt lihatoodetest koosnevad road ei ole füsioloogiliselt põhjendatud, sest need ei rahulda organismi küllaldaselt määral kõigi amiinohapetega, suurendavad roiskumisprotsessi sooltes ja võivad põhjustada organismis ainevahetuse (nukleiinhapete) häireid. Selle tagajärjel võib areneda podagra, mida iseloomustab uriinhappesoolade ladestumine kõhredes, kõõlusetuppedes kui ka lihastes ja neerudes.

Ka ühekülgne piima tarvitamine toiduks ei ole ratsionaalne. Oma keemilise koostise poolest on piim väärtuslikumaid toite, sest toitainete suhe on piimas organismile soodne ja neid on kerge omastada. Piima ühekülgsel tarvitamise puhul võib organismis aga tekkida raua- ja vasevaegus. Viimased on väga tähtsad vereloomes. Koos teiste produktidega peab terve inimese ööpäevane toiduratsioon sisaldama pool liitrit piima. Piimavalkude amiinohapetes leidub rikkalikult trüptofaani, lüsiini ja metioniini ning need täiendavad seega mõningaid toiduaineid, kus neid amiinohappeid on vähe.

Kõige soodsam on taimsete ja loomsete produktide vahekord roogades siis, kui taimsete toiduainete hulk ei ületa 35—40 %. Taimsete produktide hulga suurendamisel roogades ei saa organism vajalikul hulgal valke. Taimsed produktid on heaks süsivesikute, mineraalainete ja vitamiinide allikaks. Kuigi paljudes taimsetes toiduainetes leidub ka asendamatuid amiinohappeid, nagu trüptofaani jt., ning nad sisaldavad vähe puriinhappeid, mille tõttu sooltes ei teki roiskumisprotsessi, on nende valkude omastatavus siiski halvem kui loomsetel valkudel. Nende toiduainete rohke tselluloosisisalduse tõttu võib soolte peristaltika tugevneda ja toitainete imenduvus selle tagajärjel langeda.

Toiduratsiooni koostamisel tuleb arvestada toidu üldhulka. Pärast söömist peab inimesel tekkima küllasusetunne, mis saavutatakse tselluloosi ja rasva sisaldavate toiduainete viimisega roogadesse. Rasva vähendamisel roogades kuni 20 protsendini vajalikust kalorite arvust ei teki küllasusetunnet. Kõrvuti teiste produktidega peab roogade juurde kuuluma ka teatud hulk värsket ja hapendatud köögivilju, rohelist, värsket puuvilja ja marju. Talvel ja kevadel on soovitatav kasutada külmutatud puuvilju ja marju. Toiduainetetööstused ja kaubandusorganisatsioonid peaksid hoolitsema küllaldaselt koguse külmutatud puuvilja ja marjade valmistamise ja säilitamise eest.

Üks kolmandik rasvatarvidusest tuleb katta taimsete, ülejäänud osa aga loomsete rasvadega, eriti piimarasvaga (koorevõi, rõõsk- ja hapukoore). Ainult taimsete ja loomsete rasvade tarvitamine annab organismile vajalikul hulgal kõiki rasvhappeid.

Toit peab küllaldaselt sisaldama ka kõiki organismile vajalikke vitamiine. Keskmise töö juures on soovitatav järgmine vitamiinide ööpäevane hulk: 330 ühikut A-vitamiini (1 mg karotiini), 2 mg B₁-vitamiini, 2 mg B₂-vitamiini (riboflaviin), 50 mg C-vitamiini (askorbiinhape), 15 mg PP-vitamiini (nikotiinhape) ja kuni 1000 ühikut kaltsiumferrooli.

Suurem osa vees lahustuvaid vitamiine saadakse peamiselt taimsetest produktidest, kuid neid leidub tunduvas koguses ka hapupiimasaadustes (kefiir, hapupiim, atsidofüllinpiim, atsidofüllinpasta), värsketes maitsetaimedes ja nende pealsetes, nagu porgandis, petersellis, redises, selleris, sibula pealsetes, tillis, murulaugus jne., mida tuleb lisandada valmisroogadele. Roogadele on otstarbekohane lisada ka puu- ja köögivilja ning marjamahla, mis sisaldavad mineraalsoleid ja vitamiine.

Kui askorbiinhappe hulk toiduainetes on tunduvalt vähenenud, siis tuleb mõningate vitamiinide (eriti B₁- ja PP-vitamiini) saamiseks kasutada rohkem jämedat rukki- ja nisuleiba. Seepärast peab neid sorte olema umbes pool igapäevasest leivakogusest.

Inimestele, kes on seotud vähe liikumist ning lihaste minimaalset tegevust võimaldava, kuid närvide ja vaimset pinget nõudva tööga, tuleb ette näha küllaldane hulk letsitiini, suhkrut või magusprodukte (keedis, džem jne.) ning vitamiine, nagu tiamiin, riboflaviin ja askorbiinhape. Eriti tuleb meeles pidada, et üle 40 aasta vanused inimesed peavad saama rukkileiba, kohupiima, keefirit, hapupiima, rafineerimata taimeõli, turska, heeringat, mett, värskeid mustsõtraid, antonovka õunu, igasuguseid tsitruselisi, salatit, rohelist hernest, rõigast, redist ja küüslauku.

Nendele inimestele on soovitatavad ka peenleib, juust, koorevõi, vasikaliha, doktorivorst, värske kala (koha, latikas, haug), igasugune värske köögivilj, puuvili, puuvilja ja köögivilja mahl, kaeratangud, tatratangud, värsked seemned, küpsetatud kartul, mustad ploomid. Piirata tuleb neil isikul kõrgema sordi saia, munade, hapukoore, sealiha, lambaliha, suitsusingi, vorsti «Lemmik», ketamarja, sprottide, soolatud tomatite ja kurkide, marineeritud köögivilja, makaronide, nuudlite, tee ja kohvi tarvitamist. Selles eas ei soovitata tarvitada pirukaid, praetud aju, sulatatud loomarasva, rasvast liha, pekirasva, kondiitrikooke, kalamarja, šokolaadi kakaod, hapuoblikaid, spinatit, sinepit, pipart, poolsuitsu ja täissuitsu vorsti, ribi, igasuguseid alkohoolseid jooke. Liha ja kala on parem tarvitada keedetult. Piirata tuleb praetud roogi, eriti tugevasti pruunistatud koorukesega. Ratsioonist tuleks hoopis välja jätta rasvane sea- ja lambaliha, punane kala. Garneeringuna tuleb eelistada kapsaid, porgandeid, kartulit, peeti. Mis puutub tangarneeringutesse, siis on siin parim riis, mõõdukalt võib tarvitada ka kaunvilju, nagu rohelist hernest, aeduba, aga ka peenendatud hernest või hernepüreed.

Küpses ja vanemas eas tuleb piirata munade tarvitamist, kuid toidust neid hoopis välja jätta ei ole vaja, sest peale kolesteriini leidub munades palju kasulikke bioloogilisi aineid. Kui näiteks üks munakollane sisaldab 200 mg kolesteriini ja umbes 5 g rasva, siis leidub munas ka tunduval hulgal letsitiini. Peale selle sisaldavad munad aktiivseid küllastamata rasvhappeid optimaalsetes bioloogilistes vahekordades. Viimaste aastate uurimised on üha rohkem selgitanud letsitiini ja kolesteriini õige vahekorra tähtsust. Letsitiini viimisega toiduratsiooni on võimalik kolesteriini negatiivseid omadusi neutraliseerida. Munades on letsitiini umbes 4—5 korda rohkem kui kolesteriini. Seepärast ei tarvitse praktiliselt terved inimesed munadest loobuda, kuid vanemas eas tuleks nende tarvitamist piirata 2 munale nädalas.

Tingimata tuleb hoolitseda soolestiku regulaarse tühjendamise eest. Kui soolestik funktsioneerib halvasti, tuleb tarvitada nõrga lahtistava toimega toiduaineid, nagu mustad ploomid ja mesi.

Soolefloora normaliseerimiseks on suur tähtsus pentiinainetel. Neid leidub marjades, puu- ja juurviljas. Eriti rohkesti pentiini leidub apelsinides, kirssides, ploomides, pirnides, õuntes, redistes ja rõigastes. Meie toiduratsioonis leidub põhjendamatult vähe porgandeid. Need sisaldavad kuni 7% pentiinaineid ja koobaltit, mis võtavad osa vereloomest, kui ka antoksiide, mis takistavad roiskumispisikute elutegevust. Viimast ülesannet täidavad ka sibulas ja küüslaugus leiduvad fütontsiidid.

Küpses ja vanemas eas on soovitav süüa neli korda päevas neljatuunaliste vaheaegadega. Hommikusöögiks piisab 25%, eineks 10%, lõunaks 40—45% ja õhtuks 15—20% ööpäevasest kalorite arvust. Kui ollakse harjunud vara lõunastama, siis võib kasutada järgmist skeemi: hommikusöök — 20%, lõuna — 40%, õhtusöök — 35% ja enne magama minekut — 5% (hapupiim, keefir, kompott).

Eeltoodud toidunormide õige kasutamise, õigete eluviiside, töö- ja puhkusereežiimi ning füüsilise koormuse reguleerimisega saavutame palju nõukogude inimeste tervise säilitamise ja eluea pikendamisel.

Основы рационального питания

С. Гаврилов

Резюме

Подъем народного хозяйства нашей страны, возросший уровень материального благосостояния советских людей создают благоприятные условия для правильной организации как общественного, так и индивидуального питания.

Для здорового человека лучшей пищей является смешанная, то есть состоящая из различных продуктов животного и растительного происхождения. Чем продукты разнообразнее, тем пища полезнее. При этом желательно, чтобы всегда было достаточное количество фруктов и овощей, а также молочных продуктов, особенно для детей и лиц пожилого возраста.

С повседневным ростом выпуска продовольственных товаров, разнообразием их ассортимента все больше становится доступным рациональный выбор продуктов питания с учетом аппетита, вкусов и привычек питающихся, их возраста, веса и условий труда.

Продукты, из которых готовится пища, должны содержать в основном белковые вещества, сахаристые вещества или углеводы, жиры, витамины, минеральные вещества (соли) и воду. Наибольшее значение из них имеют белки, минеральные вещества, витамины и вода. Недостаточное наличие их в пище ведет к различным заболеваниям.

Наиболее принятым считается трехразовое питание. Дневной рацион при этом распределяется примерно так: на завтрак 30, на обед 50 и на ужин 20 процентов. Ужинать рекомендуется за 2 часа до ночного сна.

Объем принимаемой пищи должен обеспечивать потребность организма в зависимости от возраста, рабочей нагрузки и других условий.

Если в возрасте до 40 лет требуется больше белков, жиров и углеводов, то в более старшем возрасте количество этих веществ необходимо снизить, особенно жиров.

При составлении суточных рационов должно быть учтено правильное соотношение между отдельными пищевыми веществами. Белки в общей калорийности пищевого рациона должны в среднем составлять 14%, жиры — 30%, а углеводы не превышать 56%.

Важно соблюдать нормы по набору и количеству продуктов на приготовление отдельных блюд и закусок, так как от этого зависят качество изделий, их вкусовые свойства, вид и др. Большую роль играют обработка и оформление продуктов питания. Если пища приготовлена вкусно, оформлена и подана аппетитно, она усваивается организмом максимально, повышает его жизнедеятельность.

Ежедневное своевременное питание обеспечивает нормальную творческую трудоспособность человека, ведет к долголетию.

N. Konovalova reaktsiooni kasutamisest pahaloomuliste kasvajate diagnostikas

A. Haavel

(Kingissepa Linnahaiglast, peaarst E. Väärt)

Tutvudes Novotserkaski I Linnahaigla arsti-laborandi N. Konovalova (1) poolt väljatöötatud reaktsiooniga pahaloomuliste kasvajate diagnoosimisel otsustasime mainitud reaktsiooni võtta praktilisele kasutamisele.

N. Konovalova reaktsioon seisneb järgmises. Katseklaasi valatakse 0,2 ml 0,15% metüleensinise vesilahust ja 1,0 ml uuritavat vereseerumit. Katsuti sisu segatakse ettevaatlikult ja asetatakse keeva vee vanni. Määravaks on reaktsiooni juures lahuse värvuse muutumine. Reaktsioon loetakse negatiivseks, kui lahus muutub värvusetuks 9 minuti jooksul. 9—10 minuti vahel lahuse värvusetuks muutumist loetakse kahtlaseks ja reaktsiooni tuleb korrata. Üle 10 minuti värvusetuks muutumisel loetakse reaktsioon positiivseks. Reaktsiooni positiivne tulemus oleneb nähtavasti kasvaja valguproduktide lagunemisest, mille olemus ei ole veel selge.

Reaktsiooni kasutasime 28 pahaloomulise kasvaja puhul. Diagnoosi õigsust tõestati hiljem operatiivsel vahelesegamisel, pato-histoloogiliste uuringute ja lahangu andmete põhjal.

Kasvaja lokalisatsioon	Haigete arv	Positiivne vastus	Negatiivne vastus
Nahavähk	5	5	—
Maovähk	7	7	—
Kopsuvähk	2	2	—
Maksavähk	3	2	1
Kõhunäärmevähk	2	2	—
Emakavähk	3	3	—
Munasarjavähk	2	2	—
Rinnanäärmevähk	2	2	—
Jämesoolevähk	1	1	—
Alalõualuuvähk	1	1	—

Kontrollgrupiks võtsime 10 doonorit, kellel reaktsioon oli negatiivne. Peale selle kontrollisime reaktsiooni mitmesuguste haiguste puhul (haavandtõbi, Botkini tõbi jt.), kus reaktsioon oli samuti negatiivne.

Positiivse reaktsiooni negatiivseks muutumist täheldasime pärast preparaadi Tio-Tefa kasutamist.

Kirjanduse andmetel on reaktsioon positiivne ka vere- ja vereloomeorganite haiguste puhul (leukoosid, lümfogranulomatoos jt.). Reaktsioon oli positiivne kahel rasedal.

Illustreerimiseks toome näite:

37-aastasel naisel diagnoositi Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris *Carcinoma ovarii* IV gr. Haigele kui inoperaalsele ordineeriti Tio-Tefa preparaati sümptomaatiliseks raviks. Haige seisund enne suunamist Tallinna Vabariiklikusse Onkoloogia Dispanserisse oli keskmise raskusega. Esines tugev astsiit, mida tuli punkteerida 1 kord nädalas. Konovalova reaktsiooni aeg oli 17 min. Pärast kaht Tio-Tefa kuuri (esimene 150 mg, teine 250 mg) ja röntgenravi paranes haige seisund, astsiit esines viimati 3 kuud tagasi ja haige tundis end praktiliselt tervena. Konovalova reaktsiooni kestvus 4 minutit.

Reaktsiooni muutust ei märganud me haigetel, kellel vähkkasvaja operatiivsel teel oli eemaldatud.

Järeldused

1. Oma väheulatusliku materjali põhjal, mille tulemused ühtivad kirjanduse andmetega, soovitame praktiliselt võtta kasutusele Konovalova reaktsiooni pahaloomuliste kasvajate diagnostikas.

2. Loome vajalikuks kõigil haigetel pärast pahaloomuliste kasvajate operatiivset eemaldamist läbi viia Tio-Tefa ravikuuri.

KIRJANDUS

1. Н. А. К о н о в а л о в а. Лабораторное дело 4, 1959, 27—29. — 2. А. Б. Ш а х - н а з а р о в и А. Я. Н а у м о в а. Врачебное дело 8, 1956, 787—790.

AMBULATOORNE-POLIKLIINILINE ABI

A. Sarap,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

Nõukogude Liidus on kõik ambulatooriumid riiklikud ravi- ja profülaktikaasutused, mis annavad maksuta kvalifitseeritud ravi- ja profülaktikaalast abi kõigile kodanikele. Esimestel päevadel pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni andsid polikliinikud arstiabi haigetele, kes ise polikliinikut külastasid, kodus teenindas haigeid spetsiaalne organisatsioon. Esimestel aastatel pärast revolutsiooni tegelesid need asutused peaaegu eranditult ainult haiguste ravimisega.

1925. aastal reorganiseeriti NSV Liidu paljudes linnades ambulatoorsete-polikliinilised asutused niinimetatud ühtseteks dispanseriteks, katsudes spetsialiseeritud tuberkuloositõrje ning naha- ja suguhaiguste dispanserite kogemusi üle kanda üldisesse ambulatoorsesse-polikliinilisse võrku.

1938. aastal hakati polikliinilist abi organiseerima territoriaalse printsiibi alusel, täpselt kindlaks määratud rajoonide kaupa.

Ambulatoorse-polikliinilise töö mahajäämuse üheks põhjuseks oli neis töötavate arstide puudulik kvalifikatsioon, mida põhjustas polikliiniku eraldatus statsionaarist. See takistas ambulatoorsetes-polikliinilistes asutustes töötavate arstide kvalifikatsiooni plaanipärast tõstmist. Vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 870, 21. novembrist 1949. a., hakati ambulatooriume ja polikliinikuid haiglatega ühendama ja arstide tööd nendes asutustes ümber korraldama.

Haiglate ühendamine polikliinikutega oli tähtsaks etapiks tervishoiu-organisatsiooni arengus. Kinnitati ühtne nomenklatuur ja kategooriad, mis täpsustas meditsiinasutuste organisatsioonilist struktuuri. Mõnes kohas tehti aga haiglate ja polikliiniliste asutuste ühendamisel vigu — rikuti tööstusettevõtete tööliste eelisteendamise printsiipi, paljude haiglate paarastid pöörasid vähem tähelepanu haigla polikliinilise osakonna kui elanikkonna ravi-profülaktilise abi peamise lüli tugevdamisele.

Polikliinikud ja ambulatooriumid on põhilisteks asutusteks, mis annavad elanikkonnale haiglavälist abi. Polikliinik on määratud elanikkonna suurte hulkade teenindamiseks, kus võetakse haigeid vastu vähemalt seitsmel erialal. Ambulatooriumi töömaht on piiratud. Ta teenindab vähemat hulka elanikke ja võtab haigeid vastu ainult põhierialadel.

Meie vabariigis külastab elanikkond aasta jooksul ambulatoorsete-polikliinilisi asutusi umbes 7 miljonit korda. Peale selle teevad arstid üle 600 000 koduse visiidi. Umbes 85—90% elanikest, kes pöörduvad arsti poole, alustavad ja lõpetavad ravi polikliinikus või ambulatooriumis. Polikliiniku kompetentsi kuulub ka põhiline töö profülaktika ja epideemiatõrje alal. Siin lahendatakse haiguste vältimise, varajase diagnoosimise ja efektiivse ravi küsimusi. Seepärast ongi polikliinikud haiglate tähtsamaks lülaks. Märkimisväärsete saavutuste kõrval esineb mõnedes ambulatooriumides ja ambulatorsetes polikliinikutes veel tõsiseid puudusi. Rea Tallinna, Tartu, Põltsamaa, Võru, Rapla ambulatooriumide ja polikliinikute ruumid on kitsad ning ei vasta nõuetele. Tallinnas, Tartus ja Narvas on

territoriaalsed terapeutilised ja pediaatrilised jaoskonnad liiga suured, mispärast jaoskonnaarsti juurde pääsmisel tekivad järjekorrad. Mõnedes ambulatooriumides lõpeb töö juba kell 2—3 päeva. Selletõttu koguneb hommikuti nendesse palju inimesi.

Tallinnas, Võrus ja Raplas on elanikkonna stomatoloogiline teenindamine puudulikult korraldatud.

Mõned peaarstid teevad vea, püüdes tõsiseid organisatsioonilisi puudusi ambulatooriumide või polikliinikute töös vabandada ainult ruumide kitsusega, inventari ja sisustuse puudulikkusega jne. Õigesti toimivad Tallinna III Haigla peaarst V. Davõdovitš, Kalinini rajoonihaigla peaarst A. Pandre ja Kingissepa rajoonihaigla peaarst E. Väärt, kes omistavad polikliinikule maksimaalset tähelepanu ja on sellega saavutanud märkimisväärsed edu elanikkonna polikliinilisel teenindamisel.

Moskvas toimus k. a. jaanuarikuus üleliiduline nõupidamine elanikkonna ambulatoorse-polikliinilise teenindamise küsimustes, kus esines palju novaatoreid ja andekaid ambulatoorse-polikliinilise teenindamise organiseerijaid, kes rääkisid oma kogemustest.

Igakülgset toetust ja laialdast levitamist väärrib Leningradi meditsiinitöötajate kogemus sisemiste reservide otsingul ja nende kasutamisel arsti-jaoskondade vähendamiseks. Arstijaoskonnad tugevnesid meditsiinkaadri õigema jaotuse ja kasutamise arvel.

Leningradis on laialt levinud brigaadiviisiline teenindamine, mis seisneb selles, et polikliiniku teraapiaosakonna juhataja juhtimisel töötab jaoskonnas arstide kompleksbrigaad, mille koosseisu kuuluvad terapeut, kirurg, neuropatoloog ja teised eriarstid, vastavalt teenindatavale kontingendile. Brigaad teenindab haigeid nii polikliinikus kui ka kodus. Eriarstide töögraafik on koostatud nii, et nad võtavad iga päev vastu polikliinikus 4,5 tundi ja töötavad 2 tundi jaoskonnas, väljakutseid saavad nad nii jaoskonnas terapeudilt kui ka otseselt elanikelt. Dispanseerest teenindamisest võtavad osa peale jaoskonnaterapeutide ka kirurgid, neuropatoloogid ja polikliiniku teiste erialade spetsialistid, igaühel neist on dispanseerisel arvel 60—80 haiget. Jaoskonnaterapeutide tööplaanis on dispanseeritute teenindamiseks ette nähtud eri aeg (3 tundi nädalas). Selle aja jooksul teevad jaoskonnaterapeutid profülaktilist ja sanitaarharidustööd ning konsulteerivad teatud nosoloogiliste haigusvormidega haigeid.

Huvitavad on Rostovi oblasti Tsimljanski rajoonihaigla kogemused haigete vastuvõtu korraldamise alal. Siin töötab haigeid arsti vastuvõtuks ettevalmistav kabinet. Kabineti töötajad reguleerivad haigete läbikäiku, vormistavad vajalikke dokumente, organiseerivad laboratoorseid ja teisi uurimisi. Kabinetis töötavad: juhatajana polikliiniku vanem meditsiiniõde, kirurgi, günekoloogi, uroloogi, onkoloogi ja dermatoloogi teenindav velsker, terapeuti, neuropatoloogi ja ftisiaatrit teenindav velsker ning meditsiiniõde. Kabinet töötab kella 8 kuni 16.

Kabinetti suunatakse kõik esmased haiged. Kabineti töötajad vestlevad haigega, tutvuvad tema kaebustega, panevad valmis tema kaardi, lisavad olemasolevad analüüsid ja teised dokumendi, mis kuuluvad käesoleva juhu juurde, mõõdavad temperatuuri, vererõhku ja kaaluvad haiget. Vajaduse korral nad saavad haige laboratooriumi analüüside tegemiseks ja korraldavad dispanseerimise kaardi. Pärast seda määravad järjekorra ja eriarsti, kelle juurde haige tuleb suunata. Kabineti töötajad organiseerivad ühtlasi ooteruumis haigetele vestlusi või loenguid, korraldavad haigete hospitaliseerimist ja kindlustavad arstile vastuvõtuks töökoha.

Selles kabinetis asub kaebuste ja ettepanekute raamat ning vihik, kuhu märgitakse polikliiniku personali töös esinevad puudused. Polikliiniku registratuur töötab ettevalmistuskabineti juhtimisel ja on sellele täielikult allutatud. Haiguslehti ja kolhoositõendeid registreeritakse samuti

siin. Pärast arsti vastuvõtu lõppu saab ettevalmistuskabinet andmed välja-
antud talongide hulga kohta ja arvestab seda haigete registreerimisel järg-
miseks päevaks. Kabinet peab asuma registratuuri vahetus läheduses ja
sellel peab olema mitu kabiini.

Vajalike laboratoorsete analüüside tegemise tagamiseks töötasid
haigla spetsialistid välja haigete laboratoorsele uurimisele saatmise näidis-
skeemi. Näiteks tehakse dokumentide vormistamisel ATEK-i saatmiseks
üldine vere ja uriini analüüs, rindkere röntgenoskoopia, südame ja vere-
soonte haiguste puhul mõõdetakse vererõhku ning tehakse üldine vere ja
uriini analüüs.

Tänu kabineti tööle ei ole arstil tarvis vastuvõtu ajal kirjutada liig-
seid dokumente. Ta teeb sissekande ainult ambulatoorsele kaardile.

Haiglate polikliinilise osakonna töö õigel organiseerimisel omavad
otsustavat tähtsust polikliiniku töö planeerimine, haigete külastuste regu-
leerimine, registreerimise süsteem, polikliiniku töö jaotus, täpne personali
töögraafik ja arstide tegevuse arvestus.

Peamiseks organisatsiooniliseks aluseks, millel põhineb polikliiniku
kogu tegevus, on jaoskond. See on organisatsiooniline vorm, mis aitab hai-
gestumist põhjustavaid tegureid aktiivselt mõjustada. Haiglaga ühendatud
polikliinikus on jaoskondadel eriline tähtsus, sest jaoskonnaarstidel on
igasugused võimalused haiguse algvormide väljaselgitamiseks, nende süs-
temaatiliseks jälgimiseks ja nendele õigeaegse mitmekülgse kvalifitseeri-
tud arstiabi tagamiseks.

Tähtsamaks küsimuseks jaoskondade organiseerimisel on nendele
võrdse töökoormuse kindlustamine. Suurtes jaoskondades on elanikkonna
teenindamine halvem. Seepärast tuleb 1960.—1961. a. jooksul sisemiste
reservide abil ja arstide arvu suurendamisega viia täiskasvanud elanik-
konna arv igas jaoskonnas kuni 2 tuhandeni ja laste arv ühes pediatri-
jaoskonnas kuni 800-ni. Ei ole tingimata vajalik, et tearpeutilise ja pedi-
aatriilise jaoskonna piirid ühte langeksid.

Vastuvõtt polikliinikus peab olema nii organiseeritud, et haige iga-
külgne ja õigeaegne uurimine oleks võimaluse korral kindlustatud juba
esimese külastuse ajal ja et järgmisel külastusel oleksid arstil käes juba
kõikide analüüside tulemused.

Kõik kiired uuringud, nagu vere ja uriini analüüs, röntgenoloogiline
uurimine, vererõhu mõõtmine jne. tuleb kindlasti teha esimese külas-
tuse ajal. Haiget uurides annab arst talle kohe samal päeval ammendavaid
korraldused ravimise korra ja režiimi kohta, määrab kindlaks järjekordse
külastuse kuupäeva ja annab haigele talongi arsti vastuvõtule tulekuks.

Arstide töö peab olema nii organiseeritud, et nad saavad haigeid kodus
külastada kohe väljakutse päeval. Erilist tähelepanu tuleb juhtida arstide
aktiivsusele koduste haigete korduva külastamise küsimuses. Arst peab
täpselt teadma, keda ta peab haigetest lähematel päevadel ilma väljakut-
seta kodus külastama, silmas pidades, et haiget tuleb külastada nii mitu
korda, kui olukord seda nõuab. Ambulatoorsele ravile võib alles siis üle
minna, kui haige tervislik seisund seda lubab.

Jaoskonnaordinaatorid peavad suhtuma jaoskonnasse nagu oma pala-
tisse, kus lamavad haiged, keda nad on kohustatud pidevalt jälgima. Nende
kohuseks on vastava ravi, toitmise režiimi ja haige põetamise kindlusta-
mine. Vajaduse korral tuleb arsti korralduste täitmiseks haige juurde
koju saata meditsiiniõde ja laborant ning õigaeegselt kutsuda konsulteeri-
ma osakonna juhatajat ja eriarste. Kodus viibivate raskesti haigete sei-
sukorrast tuleb iga päev informeerida osakonna juhatajat või peaarsti.
Keeruka ja ebaselge diagnoosiga nakkushaiged tuleb õigaeegselt hospitali-
seerida. Nakkuskoldes peab läbi viima esmase epideemiatõrje üritused. Ka
sanitaarharidustöö jaoskonna elanikkonna hulgas on jaoskonnaarsti üles-
anne. Suur tähtsus haigete koduse teenindamise organiseerimisel on arsti

varustamisel tarvilike ravimite ja instrumentidega. Ei tohi leppida olukorraga, kus kojukutsutud arstil ei ole kaasas arstikohvrit ja ta ei saa haigele anda vältimatut abi.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata erialase arstiabi andmisele haige kodus. Polikliiniku eriarstide töögraafikus peab olema ette nähtud aeg haigete teenindamiseks kodus või neile makstakse žetoonide järgi tasu koduste konsultatsioonide eest, kui need toimuvad pärast tööaega.

Meditsiinilise teenindamise kvaliteedi parandamisel on väga oluline haigete vastuvõtu reguleerimine. Otsustavat osa selles peab etendama registratuuri täpselt organiseeritud töö.*

Registratuur on polikliiniku peegel, nagu vastuvõtuosakond on haigla töö peegel. Haigla peaarsti ja polikliiniku juhataja esimeseks kohuseks on kindlustada eeskujulik kord polikliiniku registratuuris, luua kõige soodsamad tingimused igale haigele, kes arsti juurde tuleb. Haige peab saama talongi arsti juurde või ammandava vastuse teda huvitavale küsimusele mõne minuti jooksul.

Õigesti talitas Tallinna stomatoloogiapolikliiniku peaarst N. Raaga, kes alustas polikliiniku töö ümberkorraldamist just registratuurist. Kuigi polikliiniku töös esineb objektiivseid raskusi, lakkasid elanikkonna kaebused ja pretensioonid kohe pärast registratuuri töö reorganiseerimist.

Väga tähtis on haigete esialgne sissekirjutamine registratuuris. Selle olemus seisneb selles, et haigele vastuvõtutalongi väljaandmisel kannab registraator tema perekonna-, ees- ja isanime vastavasse vihikusse, märkides missuguse arsti juurde ja mis kuupäevaks haige on sisse kirjutatud.

Esialgne sissekirjutamine on eriti otstarbekas ettevõtete töölisele ja teenistujatele, milleks iga tervishoiupunkt saab õigeaegselt registratuurist kõikide erialade jaoks eri päevadeks ja tundideks vastaval hulgal talonge. Seega kindlustatakse töölisele ja teenistujatele pääs arsti juurde väljaspool tööaega. Kui aga osa talonge jääb kasutamata, tagastab tervishoiupunkt need mitte hiljem kui 2 tundi enne vastuvõtu algust või teatab sellest registratuurile telefoni teel. Registraator asendab dublikaadid talongidega ja kasutab neid polikliinikusse vastuvõtule tulnud haigete arsti juurde suunamisel.

Niisama tähtis on arsti kojukutsete täpne korraldamine. On teada, et kodus teenindatakse raskemaid haigeid. Väljakutsed peab vastu võtma meditsiiniõde, sest sageli tuleb selgitada väljakutse kiirus ja ära märkida selle täitmise järjekord. Väljakutsete vastuvõtmist tuleb alustada pool tundi enne polikliiniku töö algust ja lõpetada tund aega enne töö lõppu, et tagada kõigi päeva jooksul saabunud väljakutsete täitmist samal päeval. Täiesti lubamatu on see, et elanikkonnalt võetakse väljakutseid vastu ainult kuni kella 12-ni. Väljakutse vastu võtnud registraator peab märkima eri raamatusse haige perekonna-, ees- ja isanime, aadressi ning tema kaebed. Juhul, kui arsti kiire väljasõit on tarvilik, märgitakse raamatusse «kiire» ja väljakutse antakse viivitamatuks täitmiseks. Kõik arsti kojukutsed tuleb vaieldamatult vastu võtta ja registratuuri töötajatel ei ole õigust nende vastuvõtmisest keelduda.

* Ar n e m a n, F., Polikliiniliste asutuste registratuuri töö organiseerimisest. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 4, lk. 37—42.

Амбулаторно-поликлиническая помощь

А. Сапан

Резюме

Амбулаторно-поликлиническая помощь как часть советского здравоохранения за время своего существования прошла различные этапы развития и подверглась значительной перестройке.

В деле правильной организации работы поликлиники решающее значение имеют вопросы планирования ее работы, регулирование посещений больных, система регистрации, расписание часов работы поликлиники, график работы персонала и учет деятельности врачей.

Деятельность поликлиники строится на принципе участковости, что способствует активному воздействию на факторы, влияющие на заболеваемость. Непременным условием улучшения качества медицинского обслуживания населения является регулирование посещений, причем, решающую роль призвана сыграть четко организованная работа регистратуры.

Большое значение в упорядочении работы и ликвидации очередей имеет предварительная запись в регистратуре, особенно она удобна для рабочих и служащих предприятий. Не менее важным является четкая организация приема вызова врача на дом. Вызовы должна принимать медицинская сестра, так как нередко необходимо определить срочность вызова и наметить очередность его выполнения.

Elanikkonna stomatoloogilise teenindamise edasisest parandamisest

T. Rekk

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsusest)

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei ja NSVL Ministrite Nõukogu määrus «Elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasisest parandamise abinõudest» annab põhilised suunad meie tervishoiu edaspidisele arengule. See määrus peegeldab valitsuse suurt hoolitsust inimese tervise eest.

Määruses on ette nähtud ehitada uusi ning laiendada olemasolevaid ravi- ja profülaktikaasutusi, millega muutub meditsiiniline abi veelgi kättesaadavamaks ja laialdasemaks.

Nõukogude tervishoiuorganisatsioonis omab suurt tähtsust elanikkonna polikliiniline teenindamine. Meie ees seisab ülesanne laiendada polikliinilist võrku ning kindlustada see kvalifitseeritud kaadriga.

Elanikkonna polikliiniline teenindamine kindlustab nõukogude tervishoiu põhisuunda, s. o. profülaktika läbiviimist elanikkonna hulgas.

Stomatoloogiline teenindamine kuulub põhiliselt polikliinilise teenindamise hulka ja, nagu statistilised arvud näitavad, vajab stomatoloogilist abi kõige suurem osa elanikkonnast.

Valitsuse määrmuses on öeldud, et stomatoloogiline teenindamine ei kindlusta veel elanikkonna vajadusi, eriti esineb puudusi hambaproteeside alal.

Viimastel aastatel on Eesti NSV stomatoloogiliste asutuste võrk tunduvalt laienenud, pidevalt on Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumidel ning nõupidamistel arutatud küsimusi elanikkonna stomatoloogilise abiga kindlustamisest. Praegu töötab meil vabariigis 2 stomatoloogia polikliinikut ja 214 stomatoloogia kabinetti ning osakonda. Peale selle töötab veel 31 hambaortopeedia kabinetti ning osakonda.

Vabariigis töötab 334 stomatoloogi ning hambaarsti, neist maal 64. Üleliiduliste andmete alusel oleme stomatoloogide poolest kolmandal kohal peale Gruusia ning Läti NSV.

Saavutatud tase ei rahulda veel täielikult elanikkonna vajadust stomatoloogilise abi alal. Reas ravi-asutustes esinevad veel pikad järjekorrad stomatoloogilise abi saamiseks. Kõigil teistel meditsiini erialadel on meil likvideeritud erapraktika, stomatoloogia alal aga esineb see veel mõnes linnas. See kõik näitab, et meil on vaja veel palju teha, et kindlustada elanikkond stomatoloogilise abiga seitsme aasta jooksul.

Selle suure ülesande täitmiseks on vaja avada uusi ja laiendada olemasolevaid stomatoloogia polikliinikuid, osakondi ning kabinette. Kõik stomatoloogia ravi-asutused tuleb varustada kaasaegse aparatuuri ning instrumentariumiga, tuleb kergendada stomatoloogide tööd ja pöörata erilist tähelepanu ohutustehnika eeskirjade täitmisele.

Viimaste aastate kogemused on näidanud, et efektiivsemaks stomatoloogilise teenindamise vormiks linnades on iseseisvad I—II kategooria stomatoloogia polikliinikud, mis omavad kompleksse ravi-profülaktilise abi läbiviimiseks kõigi stomatoloogia erialade osakonnad: (teraapia, kirurgia, ortopeedia, laste stomatoloogia) ja kabinetid (ortodontia, füsioteraapia, röntgen, hambaproteesimise laboratoorium). Sarnased suured stomatoloogia polikliinikud peavad olema organisatsioonilis-metoodilisteks keskusteks stomatoloogia ravi-asutuste võrgus. Organisatsioonilis-metoodiline töö stomatoloogide ja hambaarstide hulgas on tunduvalt paranenud linna ja rajooni peastomatoloogide tööle rakendamisega.

Rida tervishoiupunktide ja maahaiglate stomatoloogia kabinette töötas suure alakoormusega, samal ajal ei kindlustatud tööstustööliste või kooliõpilaste suuõõne saneerimist. Pärast tervishoiupunktide ühendamist ja peastomatoloogide ühtset juhendamist on töökoormus võrdselt jaotatud.

Täiesti on ennast õigustanud liikuvad stomatoloogia kabinetid asutustes, ettevõtetes ning koolides. Stomatoloogia asutuste võrgu laienemisega muutub stomatoloogilise abi suund ja töö sisu. Esmaabi osutamisel haigetele minnakse üle plaanilisele sanatsioonile.

Seitse aastaku jooksul peavad olema plaanilise sanatsiooniga haaratud kõik eelkooliealised ja kooliealised lapsed, samuti kutse- ja tööstuskoolide õpilased. Elanikkonna suuõõne plaaniline sanatsioon peab kujunema põhiliseks stomatoloogilise abi vormiks ja mitte ainult linnades vaid ka maal. Elanikkonna kindlustamiseks stomatoloogilise ortopeedilise abiga tuleb luua linnades ortopeedia osakonnad polikliinikute juurde, mis oleksid varustatud kaasaja aparatuuriga ning kindlustaksid harilikku ja komplitseeritud proteseerimist.

Rajoonikeskustes ja suuremates linnades peavad olema haiglate juures ortopeedia kabinetid koos laboratooriumidega.

Lähematel aastatel peame jõudma kõigis linna ja maa arstijaoskondades näitajani, kus 10 000 elaniku kohta on 3,5 stomatoloogi ametikohta praegu on meil 3,3 stomatoloogi ametikohta 10 000 elaniku kohta.

Suurt tähtsust omab stomatoloogide kaadri ettevalmistamine. Üleliiduliselt toimub praegu 11 vabariigi 25 meditsiiniinstituudis stomatoloogide ning hambaarstide ettevalmistus. Juba 4 aasta pärast lõpetab meil igal aastal 5000 stomatoloogi ning hambaarsti, mis loovad reaalsed võimalused elanikkonna kindlustamiseks stomatoloogilise abiga. Kaadri ettevalmistamisel hambaarstide arv väheneb stomatoloogide arvu suurenemise tõttu. Meie ees seisab ülesanne minna üle ühtse profiiliga kõrgema haridusega spetsialistide — stomatoloogide ettevalmistamisele.

Enam tähelepanu peab pöörama eriala spetsialistide õigele kasutamisele. Nagu kogemused näitavad töötab meil palju stomatolooge bakterio-loomidena, kooliarstidena, statistikutena, maa-arsti jaoskonna juhatajatena

jne. Juba käesoleval aastal tuleb see likvideerida ning kõik stomatoloogid suunata erialasele tööle.

Proportsionaalselt stomatoloogide kaadri kasvuga kasvab ka hambatehnikute kaader. 1962. a. lõpetab Tallinna Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli 25 hambatehnikut, kes suunatakse kõik tervishoiuvõrku tööle. See rahuldab hambatehnikute vajaduse vabariigis.

Suuremat tähelepanu tuleb pöörata stomatoloogia osakondade ning kabinetide kindlustamisele kesk- ja abipersonaliga. Mitte mingil juhul ei ole lubatud stomatoloogi või hambaarsti, ka mitte ajutiselt, jätta tööle ilma abiliseta. See vähendab stomatoloogilise töö kvaliteeti.

Seitse aastaku jooksul on ette nähtud suurendada meditsiinilist tööstust, millega laieneb meditsiinilise aparatuuri sortiment ja tõuseb kvaliteet.

Suurt tähtsust omab teaduslike saavutuste ellurakendamine. Kõik stomatoloogid ja hambaarstid peavad pidevalt ennast täiendama, võtma osa teaduslike seltside tööst, viibima täienduskursustel, aitama uurida aktuaalseid probleeme stomatoloogias, millisteks on hambakaariese patogeneesi selgitamine, kaariese profülaktiliste abinõude leiutamine, stomatoloogilise haigestumuse selgitamine ning mälumisaparaadi täisväärtuslik taastamine jne. Laialdasemalt tuleb läbi viia sanitaarhariduslikku tööd võitluses hambahaiguste vastu, kasutada ära ühiskondlikku abi ning tõsta elanikkonna hulgas meditsiinilist kultuuri.

Kui kõik tervishoiuosakonna juhatajad ja rajoonihaigla peaarstid koos linnade ja rajoonide peastomatoloogidega rakendavad vajalikke abinõusid, osutub võimalikuks kindlustada täielikult elanikkonna stomatoloogiline teenindamine juba lähema 2—3 aasta jooksul.

О дальнейшем улучшении стоматологического обслуживания населения

Т. Рекк

Р е з ю м е.

В Эстонской ССР сеть стоматологических учреждений за последние годы значительно расширилась. В настоящее время в республике работают 2 стоматологические поликлиники, 214 стоматологических кабинетов или отделений и 31 ортопедический кабинет или отделение; имеется 334 стоматологов и зубных врачей, из них 64 на селе.

Практика последних лет показывает, что самой эффективной формой стоматологического обслуживания населения в городах являются стоматологические поликлиники I или II категории со всеми специализированными отделениями и кабинетами; эти поликлиники являются организационно-методическими центрами по стоматологической помощи населению.

В течение семилетки плановой санации должны быть охвачены все дети дошкольного возраста, школьники и воспитанники ремесленных училищ. Плановая санация полости рта у взрослого населения должна быть основной формой стоматологической помощи как в городах, так и на селе.

Polikliiniku günekoloogiakabineti töökogemusi vähivastases võitluses

I. Veerma

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor V. Fainberg)

Kasvajaeelsete haiguste avastamiseks on massiliste profülaktiliste onkoloogiliste läbivaatuste kõrval hakatud otsima veel ka teisi organisatsioonilisi vorme.

Nii näiteks toimusid Ukrainas 1956. aastast alates suured ümberkorraldused vähivastase võitluse organiseerimisel. Ukraina NSV Tervishoiu Ministeerium organiseeris kõikide polikliinikute ja jaoskonnaambulatoriumide juurde günekoloogiakabinetid (смотровой кабинет). Iga naine, kes pöördus polikliinikus ükskõik missuguse eriala arsti poole, pidi enne käima vastavas kabinetis günekoloogilisel läbivaatusel, mida teostas ämmaemand. Sellised läbivaatused aitasid avastada günekoloogilisi haigusi ja vähieelseid seisundeid. Arvesse võttes Ukraina kogemusi organiseeriti Tartu Kliinilise Sünnitusmaja initsiatiivil Tartu Linna Polikliiniku juurde 17. veebr. 1958. a. günekoloogiakabinet. Läbivaatust teostas algu akušöör-günekoloog (iga päev 3 tundi), hiljem ämmaemand. Kabineti tööga on seotud rida raskusi: nii ei omata vastavat ruumi, kus läbivaatus võiks toimuda kogu polikliiniku tööaja kestel. Polikliiniku juhataja, olles tunnistanud õigeks ja otstarbekaks selle ürituse, ei suuda iga päev kindlustada vähemalt 20—30 isiku ilmumist läbivaatusele. Mõned polikliiniku arstid ei hinda küllaldaselt vastuvõtule eelneva profülaktilise ja günekoloogilise läbivaatuse vajadust ja võtavad haigeid vastu oma äranägemisel. Kabinetti külastab praegu vähe haigeid (5—10 inimest päevas). Need puudused saaks kõrvaldada, kui kabinet töötaks kogu päeva jooksul ja kõik polikliinikusse tulnud haiged suunataks esmalt günekoloogiakabinetti.

Kokku vaadati 1958. a. jooksul polikliiniku günekoloogiakabinetis profülaktiliselt läbi 2202 naist ja 1959. a. 3 kvartali jooksul 1838 naist. Eelmise kolme aasta jooksul oli ettevõtetes kompleksel onkoloogilisel

Tabel 1

Profülaktilise läbivaatuse tulemused

Günekoloogiline leid	Läbivaadatud naiste arv	%
Günekoloogiliselt terved		
Haigustest esines:	2856	70,7
põletikke	497	12,3
tservitsiite	327	8,1
healoomulisi kasvajaid	70	1,7
emakapolüüpe	55	1,4
vähikahtlasi	6	0,2
kindlakstehtud vähijuhte	5	0,1
muid naistehaigusi	224	5,5
Kokku	4040	100,0

läbivaatusel 2544 naist. Profülaktilisele läbivaatusele allutatakse polikliinikus kõik üle 30 aasta vanused naised. Läbivaatusel pööratakse tähelepanu günekoloogilisele leiule (vaatlus peeglitega ja bimanuaalne palpatsoon), piimanäärmete ja lümfinäärmete seisundile. Diagnoos märgitakse

vastavasse žurnaali. Naised, kes vajavad ravi, suunatakse kas naistenõuandlasse või onkoloogia dispanserisse. Läbivaadatutest oli $\frac{1}{3}$ koduseid, s. o. kontingent, mis on profülaktiliseks läbivaatuseks raskesti kättesaadav.

Läbivaadatutest esines günekoloogilisi haigusi 1184 naisel, s. o. 29,3 protsendil. Nendest oli dispanseeritud ja vajas ravi 163 naist, s. o. 11,4 protsenti läbivaadatute üldarvust.

Kõige suurema rühma moodustasid naised krooniliste põletikuliste protsessidega suguelundites (497 naist e. 12,3%).

Muudest naistehaigustest esinesid menstruatsioonitsükli häired, emaka asendi anomaaliad jne.

Emakakaelavähk avastati 4 naisel, s. o. 1,2 : 1000, mis osutub suhteliselt kõrgeks näitajaks. Žitomiri oblastis esineb Pavša andmeil emakakaela vähi 1 : 2000 — 1 : 2500. Onkoloogilis-profülaktilistel läbivaatustel asutustes 3 viimase aasta jooksul (3400 naist) ei avastatud ühtegi suguelunditevähi juhtu. Eelmainitust võib teha järelduse, et töötajate süsteemata tiliste profülaktiliste läbivaatustega on suudetud vähendada kartsinomatoossete protsesside arengut, ravimisel leitud vähieelseid seisundeid eriti tservitsiite. Polikliinikusse satuvad aga haiged, keda ei ole varem regulaarselt günekoloogiliselt läbi vaadatud.

Peale 4 avastatud emakakaelavähi juhu avastati 1 juhul rinnaäärmevähk.

Avastatud haiged suunati ravile Tartu Linna Kliinilisse Sünnitusmajja või Tartu Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse.

Toome mõne haigusjuhu.

Haige L. A., 63 aastat vana, ülalpeetav, pöördus polikliiniku jaoskonnaarsti poole 1958. a. oktoobris pärast aastaid kestnud vaheaega. Jaoskonnaarst diagnoosis haigel ishialgiat ja suunas tema konsulteerimiseks neuroloogi juurde, kes diagnoosis polüneuralgiat. Järgnes ortopeedi konsultatsioon, kes diagnoosis polüneuralgiat ja spondüloartroosi. Günekoloogilisel läbivaatusel avastati aga haigel emakakaela vähk.

2. Haige T. A., 69 a. vana, ülalpeetav, külastas 1957. a. 3 korda ja 1958. a. korduvalt polikliinikut neuralgiliste kaebuste tõttu. 1959. a. jaanuarikuus avastati haigel jaoskonnaarsti vastuvõtule eelneval günekoloogilisel läbivaatusel emakakaela polüüp, ühtlasi kahtlustati emakakaelavähi olemasolu. Haige suunati Tartu Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse. Uuringutel diagnoositi tal basaliom.

3. Haige V. L., 57 a. vana, suunati 1956. a. maikuus naistenõuandlasse konsultatsiooniks, kus diagnoositi tupe- ja emakakaelapõletikku, mida raviti konservatiivselt 1958. a. veebruaris pöördus haige uuesti polikliiniku jaoskonnaarsti poole, kes suunas ta kroonilise tservitsiidi diagnoosiga uuesti naistenõuandlasse, kuhu viimane aga ei ilmunud. 1959. a. jaanuaris sattus patsient günekoloogilisele läbivaatusele polikliinikus, kus tal avastati krooniline tservitsiit ja emakakaelavähk.

4. Haige L. A., 52 aastat vana, ülalpeetav, pöördus polikliinikusse 1959. a. pärast 8-aastast vaheaega tervisliku seisundi halvenemise tõttu. Läbivaatusel diagnoositi tal parema rinnanäärme vähk ja suunati Tartu Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse, kus ta võeti arvele IV gruppi kuuluva haigena. Uuringute vältel selgus, et patsient põdes ka suhkurtõbe, millesse ta suri 1,5 kuud pärast arvele võtmist onkoloogia dispanseris.

Eespooltoodud juhtudest nähtub kuivõrd vajalik on üle 30 aasta vanuste naiste järjekindel günekoloogiline kontrollimine, mis muutub eriti lihtsaks ja kättesaadavaks, kui läbivaatus toimub polikliinikus. Kõik naised, kel avastati mingi vähieelne seisund, võeti dispanseersele teenindamisele. Günekoloogikabineti andmed haige nime, elukoha ja diagnoosi kohta antakse iga kuu edasi naistenõuandlale, kuhu haigetele antakse saatekiri. Kord kuus kontrollitakse dispanseeritute nimekirja ja naised, kes pole ilmunud ravile, kutsutakse patronaaziõe kaudu nõuandlasse.

Dispanseersele teenindamisele võetud haigete nimekirjad vajavad pidevat kontrollimist nõuandla arsti poolt ja kokkuvõtete tegemist igas kvartalis. Nii näiteks kuni 1. aprillini 1959. a. oli meil ravileilmumise protsent ainult 53,5, 1. okt. 1959. a. aga 73. Dispanseeritud haigete ravile-

ilmumine on üks tähtsamaid nõuandla aktiivsuse näitajaid. Järgmine näitaja, mis väljendab nõuandla arstide töö kvaliteeti, on haigete täielik saneerimine ja nende arvelt kustutamine pärast ravi.

Tabel 2

Dispanseeritud haigete ravileilmumine						
	Haigeid kokku	Haigused, mille puhul toimus dispanseerimine				
		Tservit-siidid	Healoom. kasvaja	Emaka polüübid	Vähi-kahtlased	Emaka-kaelavähk
Dispanseerimist vajas	463	327	70	55	6	5
Ilmus ravile kuni 1. X 1959	337	239	42	45	6	5
Ravile ilmunud	73%	73%	60%	82%	100%	100%

Vähieelsete seisunditega haigete ravimine ja dispanseerimine on küllaltki ulatuslik töö. Ainult tähelepanelik järelevalve, patronaaž ja sanitaarselgitustöö võivad tagada edu. Vähivastase profülaktilise töö ülesandeks ei ole mitte ainult kaugelearenenud vähijuhtude avastamine, vaid eriti vähieelsete seisundite õigeaegne ravimine.

Kui ei esinenud kontraindikatsioone, teostati kõikidele tservitsiidihaigetele biopsia ja hiljem diatermokoagulatsioon. Polüübid eemaldati. Osa haigetest, kel oli kasvaja, opereeriti, osa aga jäeti järelevalve alla.

Selliseid läbivaatusi on soovitatav korraldada iga polikliinilise asutuse juures, samuti maa-arstijaoskonna ambulatooriumides. Haigeid läbi vaadata võib ämmaemand. Soovitatav on ambulatoorsetele kaartidele teha iga aasta tingmärk, et registratuuril oleks võimalik jälgida, kes ei ole jooksval aastal veel günekoloogiliselt kontrollitud.

Kokkuvõttes võib öelda, et 1) profülaktilised läbivaatused polikliinikutes on andnud positiivseid tulemusi vähieelsete seisundite, kasvajate ja günekoloogiliste haiguste avastamisel; 2) avastatud vähijuhtude kõrge protsent tõendab antud meetodi otstarbekust; 3) günekoloogiakabinettide organiseerimisega polikliinikute ja ambulatooriumide juurde parandame vähktõvevastast profülaktikat; 4) kabinettide eduka töö põhitingimuseks on haigete 100-protsendiline dispanseerimine tihedas koostöös polikliiniku, naistenõuandla, günekoloogiakabinettide ja onkoloogia dispanseri vahel.

Опыт работы смотрового кабинета при поликлинике в борьбе с раковыми заболеваниями

И. Вээрма

Резюме

В целях улучшения профилактических мероприятий по борьбе с раковыми заболеваниями по инициативе Тартуского клинического родильного дома 17 февраля 1958 г. был открыт смотровой кабинет при Тартуской городской поликлинике. До 1 октября 1959 г. было осмотрено 4040 женщин. Гинекологическая патология была обнаружена у 1184. В диспансеризации нуждались 463, из которых в женскую консультацию на лечение явилось к 1 октября 1959 г. 337 женщин. Наибольшую группу из диспансеризованных составили больные с цервицитами. Рак шейки матки был обнаружен у 4, рак молочной железы у 1. Следует отметить, что за 3 года онкологических осмотров на предприятиях не было обнаружено ни одного случая рака.

Результаты наших наблюдений говорят о целесообразности организации смотровых кабинетов, так как через них проходит контингент больных, трудно охватываемых массовыми онкопрофилактическими осмотрами.

Организация смотровых кабинетов возможна при поликлиниках, районных и участковых амбулаториях с привлечением к работе акушеров.

Диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями и их лечение требуют от врача тщательного наблюдения и учета, в противном случае профилактические осмотры теряют свое значение.

TÖOSTUSTRUMATISMI PROFÜLAKTIKAST

V. Lemarinje

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» kohustab meditsiinitöötajaid ravi- ja profülaktikaalase teenindamise parandamise kõrval tugevdama võitlust ka tööstustrumatismiga. Vaatamata töötingimuste pidevale paranemisele püsib tööstustrumatismi küsimus võrdlemisi aktuaalsena, sest trumatism on töövõimetuse põhjuse struktuuris ikka veel kõrge. Tänu kollektiivi teadlikkusele on trumatism meie ettevõttes viimase nelja aasta jooksul tunduvalt vähenenud. Võrreldes 1955. aastaga vähenes trumade arv vastavate abinõude rakendamise tulemusena 1956. a. 15,1%, 1957. a. 32,8%, 1958. a. 53,3% ja 1959. a. 61,2%, st. igal aastal langes trumade arv keskmiselt 15,1%.

Säärased tulemused lubavad meil rääkida oma kogemustest tööstustrumatismi vältimise alal.

Tööstustrumatismi küsimusega tegeleb meie ettevõttes ohutustehnika osakond koos meditsiini ja sanitaarosakonna ning ametiühingu komitee ja partei organisatsiooniga.

Peatume ainult mõnede profülaktiliste abinõude juures, mis meie andmetel andsid kõige paremaid tulemusi.

Kõiki uusi töölisi, vaatamata nende tööstaažile teistes ettevõtetes, informeeris meie ohutustehnika osakond üksikasjaliselt. Sellejuures arvestati iga tööpingi ja mehhanismi traumatoloogilise passi andmeid ja vastava eriala ohutustehnika eeskirju. Hiljem kordasid instruktaaži tsehhis või töökohal meister ja jaoskonnaülem. Edaspidi jälgisid uue töölise kohanemist administratsioon ja ühiskondlikud kontrolörid 1—2 nädala jooksul. Tööstustrumatismist hoidumise nõuete puuduliku tundmise avastamisel organiseeriti töölisele individuaalne õppus kas vahetult töökohal või ohutustehnika kabinetis. Peale selle instrueeris meister või jaoskonnaülem töölisi regulaarselt üks kord kvartalis ja kontrollis iga töölise teadmisi ohutustehnika alal. Erilist tähelepanu ja ettevaatlikkust nõudvate tööprotsesside puhul anti töölisele pärast harilikku ohutustehnika nõuetega tutvustamist välja veel eri juhendid. Tootmisülesannete kõrval on selles toodud ka abinõud, mis tagavad ohutu töö. Niisugused abinõud tagasid töölise omavahelise kui ka tsehhi administratsiooni ja ohutustehnika osakonna kontrolli. Tõusis ka tsehhi administratsiooni ja ohutustehnika osakonna vastutus vajalike ohutustehnika abinõude õigeaegse rakendamise alal. Ühtlasi distsiplineeris selline kord töölisi. Meistrite, brigadiiride, jaoskonna, tsehhi ja vahetuse ülemate ning töökaitsekomisjoni ühiskondlike inspektorite teadmiste tõstmiseks korraldati seminare ohutustehnika ja tööstustervishoiu alal. Nendel seminaridel pidasid vastavaid loenguid ohutustehnika insenerid ja ettevõtte arstid.

Ohutustehnika osakond, meditsiini-sanitaarosakond ning ametiühingu komitee koos töökaitsekomisjoni ühiskondliku inspektoriga pöörasid suurt tähelepanu iga traumajuhtumise õigeaegsele ja hoolikale uurimisele.

Avastatud põhjusi analüüsiti üksikasjalikult. Seadmete rikkimineku puhul või kaitseabinõude ja organisatsioonilis-tehniliste häirete korral võeti viivitamatult tarvitusele abinõud puuduste kõrvaldamiseks.

Kui trauma tekkis töölise vilumatusel, siis instrueeriti teda pärast terveks saamist põhjalikult ja korraldati kordusõppusi ohutustehnika kabinetis. Sellise töölise töövõtteid kontrollivad aga teatud aja jooksul ühiskondlikud töökaitse inspektorid või meister.

Töölise ohupõlguse puhul viiakse läbi vastav selgitustöö. Osa töölisi kuulati selles küsimuses ära partei organisatsiooni, tsehhide ametiühingu komiteede ja käitise ametiühingu komitee töökaitse komisjoni istungitel. See tõstis märgatavalt tööliste vastutustunnet ohutustehnika eeskirjade täitmisel ja kasvatas neid jälgima ohutuid töövõtteid.

Iga traumajuhtum analüüsis ka käitise ametiühingu komitee sotsiaal-kindlustuse nõukogu enne tasu maksmist töövõimetuslehe alusel, kontrollides veel kord, kas traumad põhjustavad tegurid on kõrvaldatud.

Näitlikud vahendid, mis õpetavad töölisi vigastusi vältima, ei ole alati küllaldased ja kohaldatavad igas tööstusettevõttes. Meie rakendasime selgitustööks konkreetsemaid ja mõjuvamaid abinõusid. Ühiskondlikus korras anname välja «välklehti», kus lühidalt kirjeldatakse eelmise nädala traumasid ja samme, mis astuti nende vältimiseks. Selline menetlus parandab ohutustehnika propaganda kvaliteeti ja aktiveerib töökaitse ühiskondlike inspektorite tegevust, tihendades nende koostööd ohutustehnika osakonnaga traumade põhjuste selgitamisel ja nende kõrvaldamisel.

Peale selle kinnitati iga tööpingi ja mehhanismi külge 30×15 sm suurune metallplaat, millele trükiti keelatud töövõtted, mis võivad põhjustada traumasid antud seadmel töötades.

Ohutusteenistus, meditsiini-sanitaarosakond, käitise ametiühingu komitee koos tsehhide ühiskondlike aktivistidega kontrollivad pidevalt töötingimusi, seadmete korrasolekut, individuaalsete ja kollektiivsete kaitsevahendite olemasolu ning kasutamist, ohutustehnika eeskirjade täitmist tööliste ja administratsiooni poolt.

Perioodiliselt uuritakse töökohti ja tsehhe, kusjuures peamist tähelepanu pööratakse traumatismi ja haigestumiste põhjuste avastamisele. Leitud puudused akteeritakse ja esitatakse administratsioonile, kellega koos töötatakse välja abinõud nende kõrvaldamiseks. Ettepanekute õigeaegset realiseerimist kontrollitakse pidevalt.

Kõikides tsehhides ehitati nõuetekohaselt ümber üldine ja paikne ventilatsioon. Tsehhide elukondlikke ruume (duširuumid, garderoobid, sanitaarsõlmed) laiendati tunduvalt ja nendesse muretseti uus sisseseade. Värvimistöodeks eraldati isoleeritud ruumid. Märgatavalt parandati töökohtade loomulikku ja kunstlikku valgustust. Tsehhide tootmisruumid remonditi, nendest kõrvaldati liigsed esemed. Korrastati tõsteseadmete signalisatsioonisüsteem. Kontrolliti elektriseadmete korrasolekut ja nende maandamist. Tolmutekitavate tööde puhul hakati kasutama märgmenetlust. Osa raskeid tööoperatsioone mehhaniseeriti. Juurutati rida individuaalse ja kollektiivse kaitse abinõusid. Tsehhide välisruumid varustati sooja õhu seadmetega. Suurendati erirõivastuse norme jne.

Tuleb märkida, et meie ettevõttes osutatakse töökaitse, ohutustehnika ja traumatismi vähendamisele suurt tähelepanu. Neid küsimusi on korraldatud arutatud partei ja ametiühingu komitee istungitel, ametiühingu konverentsidel ning direktori ja peainseneri poolt kokku kutsutud erikoosolekutel.

Tsehhidevahelise sotsialistliku võistluse kokkuvõtete tegemisel arvestab ametiühing tootmisplaani täitmise kõrval ka võrdlusperioodi jooksul esinenud traumade sagedust ja raskust. See tõstis samuti tsehhide administratsiooni, partei ja ametiühingu vastutust kollektiivi ees ohutustehnika alal.

Profülaktilisest tööst võtsid töölised alati laialdaselt osa. Eriti võis seda täheldada töökaitse, ohutustehnika ja tööstustervishoiu ühiskondliku ülevaatusel ajal, mil eesrindlikud töölised, ühiskondlikud sanitaarinspektorid ning töökaitse inspektorid näitasid suurt initsiatiivi ja tegid vääruslikke ettepanekuid töötingimuste edasiseks parandamiseks ning traumatismi vähendamiseks.

Meditsiini-sanitaarosakonna arstid juhendasid oma igapäevases töös traumatismi profülaktikaga tegeldes N. Semaško juhistest, kes ütles: «Tervishoiupunktide töötajad ei saa piirduda ainuüksi faktide konstaterimisega; nad peavad ise süvenema traumade põhjuste selgitamiseks ja töötama välja abinõud nende kõrvaldamiseks».

Käesoleval ajal rakendab meie kollektiiv oma jõupingutusi tööstustraumade arvu vähendamiseks üksikjuhtudeni. Arvame, et me suudame seda juba 1960. a. jooksul, sest elu ja praktika on tõestanud meie poolt läbiviidavate profülaktikaabinõude õigsust.

Järeldused

1. Meie ettevõtte tööliste töötingimuste tunduv parandamine, tootmise mehhaniseerimine, rea individuaalsete ja kollektiivsete kaitseabinõude juurutamine on viimase nelja aasta jooksul avaldanud suurt mõju tööstustraumade arvu vähendamisele.

2. Süstemaatiline sanitaarselgitustöö, tööliste pidev kasvatamine ohutute töövõtete rakendamiseks, üldsuse laialdane osavõtt töötingimuste parandamisest ja ohutustehnika nõuete täitmisest tagab pideva tööstustrauamatismi vähenemise.

3. Tööstustrauamatismi efektiivne profülaktika on võimalik ainult ettevõtte administratsiooni, partei- ja ametiühingu organisatsiooni, meditsiinitöötajate ning laialdase üldsuse koostöö tingimustes.

О профилактике производственного травматизма

В. Лемаринье

Резюме

Опыт работы по профилактике и снижению производственного травматизма среди рабочих нашего предприятия показывает, что при условии объединения усилий администрации, партийной и профсоюзной организаций предприятия с медицинскими работниками и привлечения широкой общественности к решению вопросов техники безопасности, охраны здоровья и улучшения условий труда рабочих можно добиться значительных успехов. Так, если число учитываемых производственных травм, наблюдавшихся на нашем предприятии в 1955 году принять за 100%, то в 1956 г. благодаря проделанной работе травматизм сократился до 84,9%, в 1957 г. — до 67,2%, в 1958 г. — до 46,7%, в 1959 г. — до 38,8%.

Ravimite valmistamise kiirendamisest ja kergendamisest

U. Margna,

proviisor

Eesti NSV apteekide retseptuurist kuulub 73% ektemporaalselt valmistatavate ravimite hulka (1). See näitab, et meie apteegid on põhiliselt jäänud ravimeid valmistavaiks ettevõtteks. Ektemporaalsete ravimite domineerimine kriipsutab alla assistentide suurt osatähtsust apteekide töös. Sellest tingituna peaks peatähelepanu olema suunatud assistentide töö lihtsustamisele ja kergendamisele. Kahjuks on selles osas vähe ära tehtud. Assistentid on endiselt tööga üle koormatud ja pole märgata olulist tendentsi nende koormuse vähendamiseks. Eriti raskes olukorras on assistendid suuremates apteekides, kus O. Kook'i (3) andmeil tuleb assistendil seitsmetunnise tööpäeva jooksul valmistada keskmiselt 80 (!) ravimit, kaasa arvatud ka keerukamad ravimvormid, nagu pillid, gloobulid, suposiidid jne. Teiste sõnadega — ühegi ravimi valmistamiseks ei tohi kulu-tada rohkem kui 5 minutit! On vaevalt tõenäoline, et isegi vilunud assistent suudaks sellega hakkama saada, kinni pidades kõigist ravimite valmistamise reeglitest. Paratamatult kannatab sellise tempo juures kvaliteet.

Lihtsaim tee olukorra kergendamiseks seisneb kahtlemata standardravimite erikaalu suurendamises ja ühtsete eeskirjade väljatöötamises. Sellest on palju räägitud ja kirjutatud. Seni on aga vähe käsitletud ravimite valmistamise tehnikat.

Meie apteekides on peamisteks tööriistadeks uhmer ja kaalud. Uutest aparaatidest ja riistadest on seni apteeki tee leidnud ainult bürett ja pulbrilusikas. Terve rea eeliste juures omavad aga kahjuks mõlemad olulisi puudusi, mistõttu suhtumine neisse on täiesti õigustatult skeptiline ja nende rakendamine piiratud.

Büretisüsteemi peamiseks plussiks on teatavasti see, et mõningates mikstuurides sagedamini esinevate ainete kaalumine on asendatud samade ainete kindla tiitriga lahuste mõõtmisega. See kergendab üsna oluliselt assistendi tööd, eriti kui viimane on spetsialiseerunud ainult teatud kindlate mikstuuride valmistamisele. Teisest küljest toob büretisüsteemi rakendamine aga kaasa terve rea uusi ülesandeid, mille lahendamisega apteegil seni ei tulnud tegelda — büretisüsteemi hooldamine, kindla tiitriga lahuste valmistamine, viimaste kontsentratsiooni määramine. See kõik on väga tülikas ja mitte vähem aegaviitev kui mikstuuride valmistamine tavalisel teel. Pealegi tuleb siin rakendada palju kvalifitseeritumat tööjõudu kui seda läheb vaja assisteerimisel. Seega ei võida apteek midagi, pigemini vastupidi. Täiesti kohaldamatu, vähemalt oma algkujul, on büretisüsteem väiksematele apteekidele, sest kasutatavate lahuste vähese stabiilsuse tõttu on selle rakendamine siin seotud majanduslike kahjudega.

Tekib mõte, et büretisüsteemi on otstarbekas rakendada ainult mikstuuridesse kuuluvate vedelate komponentide mõõtmiseks — vesi, tinktuurid, muud vedelad galeenilised preparaadid, nagu adonisiid, ammoniaakaniisi tilgad, rinnaeliksiir jt. Ülejäänud, s. o. tahkete ainete osas tuleks kaalumine aga asendada mitte mõõtmise, vaid loendamise-ga. See tähendab, et kõik mikstuurides sagedamini esinevad ained peaksid apteegis leiduma tableteeritud kujul ja mitmesugustes doosides. Seejuures võiks erinevast ainest tablettidele olla juurde lisatud erinevaid indiferentseid ja organismile kahjutuid värvaineid. Niisuguste värvitud tablettide kasutamise-ga saavutaksime korraga kaks eesmärki: 1) assistent saaks ravimi valmistada kiiresti ja täpselt, ja 2) kontrolör saaks värvuse järgi kind-

laks teha, missuguseid substantse mikstuur sisaldab (muidugi, kui ravim ei sisalda värvuselisi tinktuure, ekstrakte jne.).

Õeldu illustreerimiseks võiks tuua järgmise näite. Oletame, et kaaliumbromiidi tablettidele on lisatud kollast, naatriumbromiidi tablettidele aga sinist värvainet. Kontrolör, kontrollides eeskirja *Rp. Kalii bromati (seu Natrii bromati), Aquae destillatae aa. q. s. MDS.* järgi valmistatud ravimit, võib juba mikstuuri kollase (*resp.* sinise) värvitooni järgi veenduda, et ravim on valmistatud õigesti. Kui aga mikstuuri eeskirjas on nähtud ette mõlemad bromiidid, siis peaks õigesti valmistatud ravim olema rohelise värvitooniga.

Kahtlemata muutub pilt komplitseeritumaks, kui ravimis esineb rohkem «mürgitud» ingrediente. Kuid õnnestunud värv-, fluorestseerivate või isegi lõhnainete valiku puhul peaksid tulemused kujunema piisavalt efektseiks.

Meie arvates garanteeriks eelpoolkirjeldatud kombineeritud moodus mikstuuride valmistamisel suurt täpsust ja lühendaks tunduvalt valmistamisaega. Pealegi saaks seda rakendada kõikides apteekides.

Pulbrite valmistamise kiirendamiseks konstrueeritud pulbrilusikas on mõeldud assistendi töös ühe tülikama operatsiooni — pulbrite väljakaalutamise vältimiseks. Kahjuks saab lusikas seda ülesannet täita vaid piiratud ulatuses. Konstruksiooni iseärasustest tingitult pole lusikas praktiliselt rakendatav halvasti jaotuvate, väheste libiomadustega, samuti kergesti niiskuvate pulbrite doseerimisel, nagu näiteks diuretiin, atofaan, pürasolidiin, kofeiin jt. Lusika maht ei võimalda välja mõõta suuremaid annuseid, eriti pulbrisegudeks, mis sisaldavad madala erikaaluga komponente (näit. magneesiumoksuüdi jt.). Teiselt poolt ei saa lusikat kasutada ka suhteliselt väikeste annuste puhul. Palju aega võtab lusika reguleerimine vajalike kaaluühikule, mistõttu paarikümne ja isegi enama pulbri valmistamine oluliselt ei kiirene. Kuna L. Pandi andmeil (2) keskmine pulbrite arv retsepti kohta on ainult 15—23 pulbrit, siis on selge, et sisuliselt tuleb lusikas tööriistana kõne alla pigem jaendajatele, mitte assistentidele. Lisaks pole lusikas ka küllalt täpne.

Eeltoodust ilmneb, et on vaja uut täiuslikumat pulbrimasinat. Kõige ideaalsem oleks, kui sellise masina puhul assistendi osa piirduks ainult ingredientide kokkusegamisega, muu aga toimuks automaatselt. Kaasaegse tehnika rakendamisel ei tohiks sellise masina konstrueerimine valmistada erilisi raskusi. Võib-olla oleks kõige lihtsam kui Apteekide Peavalitsus kuulutaks välja vastavateemalise konkursi, mis lülitaks probleemi lahendamisse ka meie tehnikaala spetsialistid.

Üheks tülikamaks ja raskemini valmistatavaks ravimvormiks on silmatilgad, millede erikaal retseptuuris moodustab 5,4% (1). Apteekides esinevad kõige sagedamini albutsiidnaatriumi ja tsinksulfaat-boorhappe lahused. Kehtivate eeskirjade kohaselt ei tohi silmatilku üle kahe päeva apteegis säilitada. See range seadus välistab võimaluse neid suuremal hulgal ette valmistada, kuigi eeskirjade standardsuse tõttu oleksid selleks avarad võimalused. Kerkib küsimus — kas poleks mõeldav valmistada silmatilku tööstuslikult, suunates need apteegivõrku ekmoliinile ja penitsilliinile analoogilistes pakendeis? Kõigi eelduste kohaselt peaks vastus olema jaatav. Pole usutav, et tavalistest silmatilkadesse kuuluvatest ainetest ei saa valmistada püsivaid, kauasäilivaid preparaate, kui samal ajal on olemas hulgaliselt süstimiseks määratud ampulleeritud ravimeid, nende hulgas ka niisugustest ebastabiilsetest ühenditest, nagu proseriin, askorbiinhape jt. Muuseas olgu tähendatud, et meie apteekide nomenklatuuris esineb 0,1% atropiinsulfaadilahus ampullides, atropiinsulfaatsilmatilku me aga siit ei leia, kuigi nõudmine mõlema järele on enam-vähem võrdne. Juba see üks näide demonstreerib kujukalt, et selles osas pole kõik võimalused ammendatud.

Palju tööd nõuab gloobulite, suposiidide ja pillide valmistamine, kuigi kaht esimest esineb retseptuuris ainult 0,35% ning pilie 0,58%. L. Pant (1), kelle analüüsi tulemusi siin on tsiteeritud, mainib, et need andmed pole objektiivsed ja on ilmselt väiksemad tegelikust nõudmisest. Samas artiklis seab L. Pant teistele eeskujuks apteegi nr. 111 Viljandis, kus gloobulite valmistamisel on üle mindud glütseriin-želatiinmassi kasutamisele. Peab tähendama, et see pole mingi uus avastus ja kahtlemata tunneb seda võimalust iga farmatseut. Kui palju aga on neid apteekke, kes saaksid järgida seda eeskujut? Kui paljudel apteekidel on selleks vastavad vormid? Tõenäoliselt võib neid sõrmedel üles lugeda. Siin on ainult üks lahendus — kõik apteegid tuleks varustada gloobulite ja suposiidide vormidega. See muudaks viimaste valmistamise hügieenilisemaks, kergendaks tunduvalt assistendi vaeva ja vähendaks ka äraütlemisi suposiidide ja gloobulite retseptide vastuvõtmisel.

Mis puutub pillidesse, siis oleks aeg asendada need mingi ratsionaalsema ajakohasema tööstuslikult toodetava ravimvormiga. Ülesanne peaks olema seda lihtsam, et peamiselt esineb ainult paar-kolm eeskirja. Võib-olla peitub kõige lihtsam lahendus üleminekus dražeeritud preparaatidele.

Käsitletud probleemide lahendamine peaks olema südamelähedane igale farmatseudile. Missugust teed ühel või teisel juhul minna, sellele peaksid mõtlema kõik apteegialaga seotud töötajad, nii teoreetikud kui ka praktikud. Kõige rohkem peaks asja arutama meie farmaatsiateadlaste kaader eesotsas Tartu Riikliku Ülikooli galeeniliste preparaatide ja ravimvormide tehnoloogia kateedriga, kust sisuliselt on võrsunud kõik meie praegused proviisorid ja mis ka edaspidi jääb farmatseutide põhiliseks taimelavaks. Kahjuks peab nentima, et tähendatud kateeder on praktilisest elust mõnel määral irdunud.

Oleks hea, kui käesolev kirjutis leiaks vastukaja meie farmatseutide hulgas.

KIRJANDUS

1. L. Pant. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1958, 1, 45—49. — 2. L. Pant. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1958, 2, 69—72. — 3. O. Kook. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1958, 3, 57—59.

U. Margna artikli «Ravimite valmistamise kiirendamisest ja kergendamisest» pühul

I. Podolski,

Apteekide Peavalitsuse ülem

Proviisor U. Margna artikkel puudutab aktuaalseid küsimusi ja selle avaldamine on põhjendatud. Sellejuures aga tuleb rõhutada, et meie ei saa täiesti nõustuda mõnede autori poolt avaldatud seisukohtadega.

U. Margna on näiteks arvamusel, et apteegi assistendil käib ülejõu 80 ravimi valmistamine vahetuses. Meie arvates on see aga täiesti võimalik. Ühe ravimi valmistamise keskmine aeg (5 minutit) paistab küll lühikesena, kuid autor ei arvesta lihtsate (*simplitia*) ravimite osatähtsust, mille tulemusena keerukate ravimvormide valmistamiseks jääb aega rohkem ja tagatakse nende täpne valmistamine.

Kui autor räägib ainukestest apteegi töövahenditest — kaalust ja uhmrist, viitab see apteegitöö lihtsustamisele.

Kuhu jäävad valmistamise mahumeetodiks kasutatavad büretid, pipetid, mõõtsilindrid, dekolaatorid leotiste ja keediste valmistamiseks jms?

Meie arvates ei ole ka õige, et assistent võib büretisüsteemiga töötamisel spetsialiseeruda ainult teatud kindlate mikstuuride valmistamisele. Olenevalt apteegi töö mahust ja sagedamini korduvatest ingredientidest mikstuurides võib büretisüsteemis olla rohkem või vähem lahuseid büretides ja pipettides, mis võimaldab valmistada vedelaid ravimvorme laialdaselt. Büretisüsteem on end täielikult õigustanud esimese kuni neljanda kategooria apteekides. Piiratud on selle kasutamine väiksemates, s. o. V ja VI kategooria apteekides.

Ka täpsete, tiitritud lahuste valmistamine on sel juhul täiesti põhjendatud, sest kaob individuaalse vea võimalus. Kogu valmistatud lahus filtritakse korraga — ei ole vaja kurnata iga üksikut ravimit, mis nõuab aega ja võib omakorda kahandada toimeaine sisaldust lahuses.

Ka väikesed apteegid valmistavad mõningaid kontsentraate, nagu CaCl_2 -lahust, NaBr -lahust jt., olgugi, et nende kasutamine toimub võib-olla kaalumise teel, bürette kasutamata.

Meie arvates ei ole kuigi otstarbekas kasutada lahustamiseks värvainetega tablette. Suurema osa tablettide valmistamisel on paratamata libi- ja sideainete lisamine, mis võivad osaliselt lahustuda, lahus nõuab filtrimist ja võib tekkida ka teatav toimeainete kadu. Kas leidub küllalt indiferentseid värvaineid? Kas nad mõnikord ei muuda oma värvust, reageerides toimeainega? Tuleb ka arvesse võtta, et enamik mikstuure siiski sisaldab tinktuure või ekstrakte. Kuidas suhtub ravimitarvitaja värvitud või lõhnastatud ravimisse?

Pulbrilusika osas võib autoriga teatava määraneni nõustuda. Võiks siiski ära märkida selle otstarbekust suure hulga pulbrite väljamõõtmisel, sest esineb küllalt retsepte pulbrite arvuga 40—100 tk. Pulbrilusika väljareguleerimine vähemale pulbrite arvule pole otstarbekas. Mõned pulbrite jaendamise masinad on juba konstrueeritud, kuid ka nende kasutamine 10—20 pulbri jaoks pole otstarbekohane, sest nende väljareguleerimine ja hilisem puhastamine on küllaltki aegaviitev toiming.

Väljapääs küsimusest on — rohkem standardvorme! Kui aga on vajalik individuaalne segu, siis on väljakaalumine paratamatu.

Silmatilkade puhul on vaja nende püsivuse tõstmiseks mõelda stabilisaatorite lisamisele (küsimus pole veel läbi töötatud). Pakendina pole ampull sobiv, sest silmatilku ei kasutata ära ühekorraga. Võib-olla oleks õige pakend plastmassist tuub.

Ülejäänud osas võiks artikli autoriga nõustuda.

Artikkel on huvitav ja ergutab meie apteegitöötajaid senisest loovamale mõtlemisele.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi väljasõiduistung Narvas

Käesoleva aasta maikuus arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kohapeal Narva tekstiilikombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» tööliste polikliinilise teenindamise küsimust. Küsimuse arutamisest võtsid osa linna meditsiinitöötajate ja ühiskondlik aktiiv, kohalike partei ja nõukogude organite ning ametiühingute organisatsioonide juhid kui ka kombinaadi administratsioon.

Tervishoiu Ministeeriumi kompleksbrigaad, mille koosseisu kuulusid peaspetsialistid, sõitis kohale mõni päev enne kolleegiumi istungit. Brigaad uuris hoolikalt polikliinilise teenindamise organisatsiooni, ravi- ja profülaktikaalase töö seiskorda ning tekstiilitöölise töötamis- ja elukondlikke tingimusi.

Kolleegium konstateeris, et seoses kombinaadi kinnise polikliiniku organiseerimisega on tööliste meditsiiniline teenindamine tunduvalt paranenud. Arstiabi on muutunud kättesaadavamaks ja kvaliteetsemaks. Polikliinik on organisatsiooniliselt tugevnenud, tema spetsiaalsete seadmete ja aparatuuride hulk on tunduvalt suurenenud. Kontakt linnahaiglaga on tihenunud. Profülaktiline töö on muutunud sihikindlamaks ja seda tehakse plaani järgi. Üldist ja ajutise töövõimetusega haigestumust analüüsitakse süstemaatiliselt. Haigestumuse kohta peetakse arvestust isikute kaupa. Nende ürituste rakendamise tõttu on ajutise töövõimetuse juhtude arv 1959. ja 1960. a. tunduvalt vähenenud.

Kolleegium märkis ka mitmeid olulisi puudusi kombinaadi tööliste ravi- ja profülaktikaalases teenindamises, nagu tsehhide ordinaatorite eraldatust tervishoiupunktide juhtimisest, eriti profülaktika ja epideemiatõrje alal. Nad on halvasti informeeritud haigestumisest tuberkuloosi ja ägedatesse nakkushaigustesse. Tsehhide ordinaatorite ja eriarstide töö põhimeetodiks ei ole ikka veel dispanseerne teenindamine. Epideemiatõrje üritused on puudulikult organiseeritud ning sel alal puudub vajalik side linna polikliiniku ja sanitaar-epidemioloogia jaamaga. Selle tagajärjel ei ole nakkushaigusi põdevate isikute väljaselgitamine ja nende arvele võtmine täpne.

Tekstiilikombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» direktor rääkis kombinaadis rakendatud tervendavatest üritustest, nagu duširuumide organiseerimisest, ventilatsiooni ning valgustuse parandamisest jne.

Suureks reserviks profülaktika parandamisel vabrikutes on Punase Risti sanitaaraktiiv, keda meditsiinitöötajail tuleb ette valmistada ja tööle rakendada. Kahjuks on pööratud sellele seni vähe tähelepanu.

Võttes kokku kolleegiumi tööd rõhutas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg laialdaste profülaktiliste ürituste kompleksi tähtsust ravitöös.

Kolleegium võttis vastu üksikasjaliku otsuse kombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» tööliste polikliinilise teenindamise parandamiseks.

A. Sarap

Eesti NSV 20. aastapäevale pühendatud Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna teaduslik konverents

25.—28. aprillil 1960. a. toimus Eesti NSV 20-ndale aastapäevale pühendatud Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna teaduslik konverents. Peale arstiteaduskonna õppejõudude ja üliõpilaste esinesid konverentsil ettekannetega veel ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliikud töötajad.

Konverentsi plenaaristung peeti TRÜ aulas, kus ettekannetega esinesid TRÜ arstiteaduskonna dekaan prof. A. Linkberg, prof. J. Tehver, dots. K. Kõrge ning ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor P. Bogovski.

Prof. A. Linkbergi ettekande «TRÜ arstiteaduskonna saavutusi ja tuleviku-perspektiive» põhiteesid on avaldatud ajakirja 3-ndas numbris.

Prof. J. Tehver andis ajaloolise ülevaate teaduslikest töödest histoloogia ja embrüoloogia alal Tartu kõrgemates õppeasutustes alates möödunud sajandi keskpaigast, märkides, et nõukogude perioodil on mainitud teadusharud omandanud suurema rakendusliku tähtsuse.

P. Bogovski tegi kokkuvõtte Eesti NSV-s seni teostatud tööde kohta eksperimentaalse onkoloogia alal.

Reumatismi uurimise tulemustest Eesti NSV-s kõneles K. Kõrge.

Järgnevatel päevadel jätkus konverentsi töö (arstiteaduse, stomatoloogia ja farmaatsia sektiioonis). Arstiteaduse sektiioonis toimus viis eritemaatilist istungit.

Teemal «Võitlus infektsiooniga» esitati 10 ettekannet. Saavutustest tuberkuloositorje alal lastel Eesti NSV-s rääkis Z. Saar; eksperimentaalse tuberkuloosi ravist isonikotinoüülhüdrasoonidega kõneles H. Jaakmees. Suurt huvi pakkus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori A. Jannuse ettekanne «Enteroviruste esinemisest Eesti NSV-s». J. Teras, J. Laan ja E. Rõigas (ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) ettekandes «Urogenitaaltrakti trihhomoniasis epidemioloogiast» pidasid vajalikuks lugeda trihhomoniasis ofitsiaalselt veneeriliseks haiguseks. H. Pihl (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) tegi kokkuvõtte tänapäeva tähelepanekutest salmonellooside uurimise alalt. Üliõpilastelt oli kolm ettekannet, millest erilist praktilist tähelepanu väärivad ettekanded «Erüsipeloidi esinemisest lihatööstuse töötajail» (H. Noor) ja «Lambliosis sagedusest varaealistel lastel Tartu linna lastesõimedes» (E. Allikas, P. Põldmäe, H. Urb ja E. Valge).

Organismi reaktiivsuse ja allergiliste haiguste alal esitati 9 ettekannet, millest praktika seisukohalt erilist huvi äratasid rästikumürgi anatooksiini toime uurimise tulemused (O. Rajavee ettekanne ning Ü. Arendi ja Ü. Hussari ettekanne) ja mudaraviga seoses olevad küsimused (E. Türi) ning üliõpilaste A. Hakmani ja H. Piiskopi ettekanne.

Dots. V. Karupuu (Kiievi Meditsiini Instituudist) esitas ettekande teemal «Materjale maksa organisestest närviementidest ja nende reaktiivsetest omadustest», milles ta veenvalt tõestas närvistruktuuride esinemise maksa parenhüümis, kuigi osa autoreid veel hiljuti eitas nende olemasolu.

V. Saarma ja E. Põldvere uurimus sedastas ulatuslike muutuste esinemist neerupealiste funktsioonides eksperimentaalse maksadüstroofia puhul.

H. Sillastu, I. Kuriku ja üliõpilase M. Saarma ettekanded samal teemal käsitlesid organismi reaktiivsuse muutusi seoses närvisüsteemi funktsionaalsete kahjustustega, pneumotooraksi rajamisega ja bronhiaalastma puhul.

Arstiteaduse teooria ja praktika küsimustele pühendatud istungite esimeses osas kuulati ära 4 ettekannet, mis töid selgust mõningates normaalse anatoomia küsimustes. Peale selle esitati veel 3 ettekannet patoloogia valdkonnast ja üks embrüoloogia alal. Istungi teises osas esitati 10 ettekannet, mis käsitlesid peamiselt ravipraktikaga seoses olevaid ja sanitaarhügieenilisi küsimusi.

Ajukahjustuste diferentsiaaldiagnostika seisukohalt pakkus huvi K. Põldvere ettekanne «Peaaju tursest ja dislokatsioonidest vaskulaarsete insultide korral».

Prof. E. Martinson oma ettekandes «Nervismi teooria lätted Tartu ülikoolis möödunud sajandi esimesel poolel» näitas, et sel alal on Tartu ülikooli teadlased andnud väärtusliku panuse juba mainitud ajajärgul.

Elavat mõttevahetust tekitas R. Silla (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) ettekanne «Õpilaste päevarežiimi uurimise mõningaid tulemusi». Ta näitas, et närvisüsteemi funktsionaalne areng sõltub suurel määral päevarežiimist, kusjuures selle üksikud komponendid ei arenda närvisüsteemi eri osi ühtlaselt. Referent avaldas arvamust, et õpilaste vaimse töö koormus ei vaja vähendamist, kuid tuleks mitmekesistada ja intensiivistada kehalist kasvatust.

Suure sanitaarse ja rahvamajandusliku tähtsusega on I. Veldre (ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) uurimus «Tööstuslike reovete probleem Eesti NSV-s».

Dots. J. Saarma ettekanne oli pühendatud signaalsüsteemide koostööle skisofreeniahaigetel, milles ta valgustas mõningate kliiniliste sümptomide patofüsioloogilist olemust.

V. Sargava esitas referaadi «Jääk-kuulmisest kurtidel ja raskesti kuulajatel».

Füsioloogiakateedri assistent E. Hansson esitas andmeid merisea duodeenumi aktsioonipotentiaalidest. Assist. S. Teesalu jagas tähelepanekuid siirdistutatud pankrease tegevuse kohta.

Dots. K. Villako uurimuses «Laiussi asukoht peensooles ja difüllobotrioosne aneemia» rakendades esmakordselt Tartus seni vähekasutatavat peensoole reljeefi uurimise röntgenoskoopilist meetodit ning näitas, et on ekslik seostada aneemia teket

laiussi teatud kinnituskohaga soolekanalis. Üliõpilase V. Salupere töös «Maovähi röntgendiagnostika mõningaid küsimusi Tartu Linna Kliinilise Haigla 1955.—1959. a. materjalide põhjal» näidati rida röntgenoloogide vigu maovähi uurimisel.

Uutele diagnoosi- ja ravimeetoditele pühendatud istungil kuulati ära 8 ettekannet. Huvipakkumateks olid dots. E. Siirde ettekanne, kes esitas vaatlusi bipolaarse ionisatsiooniga ravimise otstarbekuse kohta ning ettekanne dots. P. Prülleriilt ja J. Reinetilt «Raviks kasutatavate antibiootikumide vesilahuste aerosoolide ja elektroaerosoolide laengute tihedusest ja polaarsusest».

J. Riiv esitas andmeid tema poolt kasutusele võetud mao ja kaksteistsõrmiksoole simultaansondeerimise meetodi kohta, mis võimaldab lühendada haigete uurimise aega nii statsionaaris kui ka polikliinikus.

L. Schotter tutvustas tema enda poolt konstrueeritud aparaate magnetiliste ja amagnetiliste võõrkehade eemaldamiseks silmast.

Ettekandega «Peaaju valkude struktuuri elupuhustest muutustest ja selle võimalikust terapeutilisest tähtsusest» esinesid prof. E. Martinson ja L. Tähepõld.

Vereringe füsioloogia ja patoloogia probleemile oli pühendatud 8 ettekannet. Suurt huvi tekitas prof. E. Käer-Kingise ja dots. M. Epleri ettekanne «Vererõhu kolmanda järgu lainete küsimusest», milles uurijad andsid omapoolseid selgitusi nende lainete tekkimise põhjuste kohta.

Elavat diskussiooni tekitas ka R. Looga ettekanne «Südame respiratoorse arütmia tekkemehhanismidest». Palju mõttevahetust kutsus esile samuti M. Kulli ja R. Looga ettekanne, milles käsitleti närvisüsteemi tüüpide osatähtsust eksperimentaalse hüpertoonia tekkemehhanismides.

L. Päi, A. Vapra ja O. Loohein esitasid oma ettekandes «Mõningate biokeemiliste ja füüsikaliste uurimismeetodite rakendamisest ateroskleroosihaigetel» ettepaneku ateroskleroosihaigete uurimisel rakendada munakollase koormuse katsu ühes pjeesograafilise pulsilaine leviku kiiruse määramisega.

Üliõpilaste ettekanded puudutasid obliteeruva endarterioosi diagnoosimist (T. Nilsson, T. Malleus ja T. Sulling), asendirefleksi tähtsust vasoregulaatsioonihairete diagnoosimisel (M. Kadarpik ja S. Mihkla) ja konserveeritud arterite homotransplantatsiooni koortel (R. Talvik, H. Tihane ja H. Tikko).

Farmaatsiasektsioonis käsitleti teemat «Droogide ja farmatseutiliste preparaatide analüüs». Kokku kuulati ära 10 ettekannet, nendest 3 üliõpilastelt.

Ettekandeid esitati järgmistel teemadel: 1. Farmaatsia saavutused ja perspektiivid TRÜ-s — prof. A. Tomingas. 2. Mõningatest emulsioonisalvi alustest — prof. N. Veiderpass. 3. Antraglükosiidide fotokolorimeetriline määramine paakspuukoors ja -preparaatides — dots. L. Kirsch. 4. Teadlaste ülemaailmse ühise töö «Sõprus» liinis Tartus läbiviidud maguna alkaloidide uurimisest — prof. A. Tomingas ja A. Soom. 5. Okasõuna alkaloidide paberikromatograafilisest määramisest — dots. J. Tammeorg ja V. Suvi. 6. Klaas- ja polüetüleentaara mõjust vesinikülihapendile — dots. B. Luik ja E. Salu. 7. *Evonymus*-liikide levikust NSV Liidu loodeosas — dots. V. Ritslaid. Üliõpilased M. Pass, E. Pärn, H. Viikberg, E. Väkrum jt. käsitlesid oma ettekannetes alkaloidide määramismetoodikat.

Stomatoloogia sektsioonis esitati 7 ettekannet. Prof. V. Hiie ettekandest lõualuu harjumusliku nihestuse ja naksumise kohta selgus, et kõige paremaid tulemusi annab siin kirurgiline ravi. S. Russak ja V. Rüngel käsitlesid hambakaariese tekke küsimusi, märkides, et kaariese profülaktikas on väga oluline õige toitlus. Üliõpilased M. Leht ja L. Visnapuu tegid kokkuvõtte hamba periapikaalsete põletikkude ravist ionoforeesiga, mida rakendatakse Vabariiklikus Tartu Stomatoloogia Polikliinikus. Ravi tulemused on olnud positiivsed. Kolm ettekannet (G. Veerma, A. Kõdar ja üliõpilased J. Viitas, T. Koppel, H. Kivi) käsitlesid hammaste proteesimise ja näo kosmeetika küsimusi.

Üldse esitasid 104 autorit 74 ettekannet, neist 17 üliõpilaste poolt. Ettekandeid kuulasid rohkearvuliselt TRÜ arstiteaduskonna õppejõud ja üliõpilased, teaduslike uurimisasutuste töötajad ja praktiseerivad arstid Tartu linnast ja rajoonidest. Konverentsi ajal oli avatud näitus, mis andis põgusa ülevaate arstiteaduskonna õppe- ja teaduslikust tööst nõukogude võimu aastail. Erilise tähelepanu osaliseks said arstiteaduskonna õppejõudude poolt konstrueeritud originaalsed aparaadid.

Konverentsil esitatud tööde hulk ja teaduslik tase ületas eelnevaid. Konverentsi näitas, et Eesti NSV-s on arstiteaduses nõukogude perioodil tehtud viljakat tööd.

V. Kalnin ja M. Uiibo

SISUKORD

A. GOLDBERG — 20 aastat Nõuko- gude tervishoidu Eestis	3
K. VASSILJEVA — Sanitaar-epide- mioloogia teenistuse arenemine Eesti NSV-s	8

Arstiteaduse teooria ja praktika

A. DEMBO — Krooniline kopsu ja südame puudulikkus	11
E. TÜRİ — Merisigade intratestiku- laarsest nakatamisest tuberku- loosi diagnostikas	16
A. LUKAS ja J. PŠENITSNIKOVA — Müokardi infarkti simuleeriv totaalne aordiseinu lahtikihistav aneurüsm	20
H. SILLASTU — Besnier-Boeck- Schaumann'i haigusest	24
S. NAARITS — Reovasograafiast rasedatel	27
E. MÜLLERBEK — Reumatism lastel	30
L. IMELIK — Esmase tuberkuloosse infektsiooni varasest perioodist lastel	34
G. KONDRATJEVA — Soolte algloo- made esinemisest lastel Tallinnas	40
A. MARDNA — Erütremia ja leu- kooside ravist radioaktiivse fos- foriga	44
A. CHEVALIER — Ishiase kirurgili- sest ravist	48
K. GAVRILOV — Ratsionaalse toitu- mise alused	53
A. HAAVEL — N. Konovalova reakt- siooni kasutamisest pahaloomu- liste kasvujate diagnostikas	58

Tervishoiu organisatsioon

A. SARAP — Ambulatoorne-poliklii- niline abi	60
T. REKK — Elanikkonna stomatolo- gilise teenindamise edasisest parandamisest	64
I. VEERMA — Polikliiniku güneko- loogiakabineti töökogemusi vähi- vastases võitluses	67
V. LEMARINJE — Tööstustrauma- tismi profülaktikast	70
U. MARGNA — Ravimite valmista- mise kiirendamisest ja kergenda- misest	73

Konverentsid ja nõupidamised

A. SARAP — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi välja- sõiduistung Narvas	77
V. KALNIN ja M. UIBO — Eesti NSV 20. aastapäevale pühendatud Tartu Riikliku Ülikooli arstitea- duskonna teaduslik konverents	77

СОДЕРЖАНИЕ

А ГОЛЬДБЕРГ — 20 лет Советского здравоохранения в Эстонии	3
К. ВАСИЛЬЕВА — Развитие санитар- но-эпидемиологической службы в Эстонской ССР	8

Теория и практика медицины

А. ДЕМБО — Хроническая легочно- сердечная недостаточность	11
Э. ТЮРИ — Об интраестулярном заражении морских свинок в диаг- ностике туберкулеза	16
А. ЛУКАШ и Е. ПШЕНИЧНИКОВА — Тотальная разслаивающая анев- ризма аорты, симулировавшая инфаркт миокарда	20
Х. СИЛЛАСТУ — О болезни Бенье- Бек-Шаумана	24
С. НААРИТС — О реовасографии у беременных	27
Э. МЮЛЛЕРБЕК — Ревматизм у детей	30
Л. ИМЕЛИК — О раннем периоде первичного туберкулеза у детей	34
Г. КОНДРАТЬЕВА — Распростране- ние кишечных простейших среди детей г. Tallina	40
А. МАРДНА — Лечение радиоактив- ным фосфором больных эритремией и лейкозами	44
А. ШЕВАЛЬЕ — О хирургическом ле- чении ишиаса	48
К. ГАВРИЛОВ — Основы рациональ- ного питания	53
А. ХААВЕЛЬ — Об использовании ре- акции Н. Коноваловой в диагнос- тике злокачественных опухолей	58

Организация здравоохранения

А. САРАП — Амбулаторно-поликли- ническая помощь	60
Т. РЕКК — О дальнейшем улучшении стоматологического обслуживания населения	64
И. ВЭЭРМА — Опыт работы смстро- вого кабинета при поликлинике в борьбе с раковыми заболеваниями	67
В. ЛЕМАРИНЬЕ — О профилактике производственного травматизма	70
У. МАРГНА — Об ускорении и облег- чении изготовления лекарств	73

Конференции и совещания

А. САРАП — Выездное заседание кол- легии Министерства здравоохра- нения ЭССР в Нарве	77
В. КАЛНИН и М. УИБО — Научная конференция медицинского фа- культета Тартуского госуниверси- тета, посвященная 20-летию Эстон- ской ССР	77

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

<table border="1"><tr><td>F. Arneman,</td></tr></table>	F. Arneman,	P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
F. Arneman,		
A. Nordberg	(toimetaja), E. Raudam, H. Roots (sekretär), J. Saarma ja A. Sarap.	

5

*September
Oktoober*

3. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS

TALLINN 1960

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 5. VIII 1960. Trükkimisele antud 22. IX 1960. Trüklarv 2800. Paber 70×108 1/16. Trüki-
poognaid 5 + 2 kleebist. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspoognaid 6,96. Tellimise
nr. 7401. MB-05716.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19.

Hind 4 rubla.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

PSÜHHOTERAAPIAST*H. KADASTIK*

(Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogia Haiglast, peaarst arstiteaduse doktor professor *E. Karu*)

Psühhoterapia on kõige vanemaks meetodiks, mida inimesed on kasutanud mitmesuguste haiguste ravimisel. Sõna on selleks võimsaks vahendiks, mis võib mõjustada inimese psüühikat ja selle kaudu kogu organismi talitlust. Akadeemik I. P. Pavlov (4) kirjutas: «Sõna on seostatud, tänu täiskasvanud inimese kogu eelnevale elule, kõigi suurtesse poolkeradesse tulevate välispidiste ja seespidiste ärritustega, ta signaalseerib ja asendab neid alati ning võib seetõttu kutsuda esile kõiki neid organismi talitlusi ja reaktsioone, mida põhjustavad need ärritused.»* Sisuliselt olekski õigem psühhoterapiat nimetada sõnaliseks tingitud reflektorseks teraapiaks, ravimiseks kõnelemisega (1).

Psühhoterapia teoreetilised alused ja üksikud ravivõtted meil ja kapitalistlikes maades on suurel määral erinevad. See on tingitud erinevatest filosoofilistest tõekspidamistest ja füsioloogilistest lähtepunktidest — kas Sigmund Freudi või Ivan Petrovitš Pavlovi õpetusest. Siinkohal ei ole vajadust vaadelda psühhoterapia väärtõlgendusi, vaid püüame tutvuda mõnede võtetega, mida laialdasemalt kasutatakse materialistlikule alusele, psüühika ja somaatika ühtsusele tuginevas psühhoterapias.

Psühhoterapeutilistest meetoditest kasutatakse enamasti veermist ehk ratsionaalset psühhoterapiat, sisendust (nii ärkvel kui uneseisundis) ja autosugestiooni (siia kuulub ka autogeenne treening).

Veenmisega ravimise küsimusi uuris ja propageeris šveitsi neuropatoloog Paul Dubois (1848—1918), kes nimetas seda meetodit ratsionaalseks psühhoterapiaks. Seejuures on huvitav meenutada, et Dubois' arvates on neurooside põhjuseks intellekti piiratus, ekslikud eelarvamused, võhiklikkus, harimatus. Seetõttu on Dubois' arvates haigeid võimalik tervendada, kui neile selgitada ja anda õige kujutlus organismi funktsioonidest. Dubois pidas psühhoterapiat inimeste ümberkasvatamiseks, nende teadmiste tõstmiseks, et nad oleksid võimelised õigesti hindama mitmesuguseid nähtusi. Muidugi ei sobi Dubois' õpetus ajaloolise väärisseisukohana kokku tänapäeva pavlovlike seisukohtadega neuroosidest. Dubois' poolt tarvitusele võetud ja propageeritud ratsionaalset psühhoterapiat on aga edasi arendatud ja laialdaselt rakendatud.

Ratsionaalse psühhoterapia aluseks on uute, tervisele kasulike tingitud reflektoorsete seoste kujundamine ja tugevdamine haigel ning vanade seoste pidurdamine. Ratsionaalne psühhoterapia seisneb sagedastes sihipärastes vestlustes haigega. Nende vestluste ajal selgitatakse haigele tema haiguslike nähtude olemust, nende taandarenemise võimalust, mõjustatakse haiget muutma oma suhtumist haigustesse ja teda häiriva-

* I. P. Pavlov «Loengud peaaegu suurte poolkerade tööst», Tartu, 1949, lk. 336.

tesse olukordadesse ning juhitakse tema tähelepanu haiguslikest tunnetest kõrvale. Mõnedel juhtudel kujundatakse selle ravimeetodiga uus tingitud reflektoorsete seoste süsteem, mis induksiooni teel teistele ajuosadele annab raviefekti. Selliseks näiteks on sünnituse valutustamine psühhopropülaktiiliste meetoditega. Mitme vestluse vältel selgitatakse rasedale, et sünnitus on normaalne füsioloogiline protsess, kus valu ei esine. Ajukoos kujuneb siis seoste uus funktsionaalne-dünaamiline süsteem, mis negatiivse induksiooni mehhanismiga viibki selleni, et sünnitaja ei tunne valu.

Ka kroonilise alkoholismi raviks veenmismeetodit kasutades kirjeldatakse mitmetes vestlustes alkoholi kahjulikkust ja selle toime vastikust. Juba see ise vähendab meeldivat kujutlust alkoholi tarvitamisest ja kujundab tingitud reflektoorse seose, mis takistab alkoholi kasutamist.

Ratsionaalset psühhoteraapiat kasutatakse mitmesuguste haiguste raviks, eriti laialdaselt rakendatakse seda aga kõikide neuroosivormide puhul, kus vastunäidustusi sellele meetodile ei ole. Ratsionaalne psühhoteraapia võib aga olla vähe efektiivne sundmõtete ja -seisunditega haigete juures, kes isegi mõistavad oma sundnähtude absurdust, kuid ei suuda nendest vabaneda. Veenmine võib ka hüsteeria puhul osutada nõrgaks psühhoterapeutiliseks võtteks. Siin tuleb kasutada juba tugevamaid meetodeid.

Sisendus ehk sugestioon on peaaegu suurte poolkerade koore teatud punkti või piirkonna kontsentreeritud ärritus, mis on tekitatud sõna toime, s. o. tingitud reflektoorset. Ajukoos tekkinga erutuskoole ümber moodustub negatiivse induksiooni vöönd, mis ärrituse kontsentreerituse tõttu on eriti tugev sugestioonide puhul. See negatiivne induksioon völdib sugestioonide segunemist kõrvaliste mittevajalike mõjustustega, nagu see toimub tavalises korras öeldud sõnade ja mõtetega. Negatiivne induksioon on seda tugevam, mida tugevam on erutusprotsess ja mida madalam on teda ümbritseva ajukoore toonus. Iga inimene on suuremal või vähemal määral sugereeritav. Sugereeritavus on suurenenud eriti juhtudel, kui teine signaalsüsteem on nõrgenenud või puudulikult arenenud, millega seoses kriitikavõime on alanenud, samuti ajukoore nõrgenemise korral ja hüpnootilistes faasides. Seetõttu on arusaadav, miks sugereeritavus on sageli suurenenud ebausklikel, vaimset mahaäänutel, nälginutel, narkomaanidel, impotentsetel (Petrova töödest on teada, et kastratsioon nõrgendab närvisüsteemi). Sugereeritavus on tõusnud ka mõnedel psühhopaatidel, lastel ja inimestel, kellel on olnud ajutrauma.

Sugestioonid võivad olla otsesed ja kaudsed. Otsesed sugestioonid võivad realiseeruda kohe pärast sõnalist ärritajat (näiteks haigele sisendatakse: «Teie peavalu lakkab, teie pea ei valuta enam»), mõne aja möödudes («Kümne minuti pärast teie peavalu jääb ära!») või sugestiooni realiseerumine seostatakse mõne täiendava ärritajaga («Kui tunnete alkoholi lõhna, tekib teil iiveldus!»). Otsese sugestiooni korral on haige täiesti teadlik seosest antud sisenduse ja selle poolt esilekutsutud toime vahel.

Kaudse sugestiooni korral kasutatakse alati täiendavat ärritajat, millele vajalik tähendus antakse otsese sugestiooniga. Peavalu kaotamiseks antakse haigele näiteks indifereentset pulbrit ja sisendatakse: «Teie võtate praegu sisse selle pulbri, millel on valuvaigistav toime. Pulbri toime avaldub kümne minuti pärast ja siis teie peavalu lakkab!» Kaudse sugestiooni puhul omistatakse raviv toime mingile lisategurile, mis ilma sugestioonita võib olla täiesti ilma toimetä. Sellisteks lisateguriteks kasutatakse indifereentseid ravimeid, süstitakse füsioloogilist lahust ja destilleeritud vett, tehakse mõningaid kergeid füsioterapeutilisi protseduure jne.

Olgu märgitud, et kaudsetele sugestioonidele on enamik inimesi vastuvõtlikumad kui otsestele sugestioonidele. Viimastele võib tekkida suurem

vastuseis, sest nende toime on inimestele arusaamatum, võõram. Hoopis omasem on arusaamine, et valu kadumise põhjuseks oli mingisugune rohi, kui püüda endale selgeks teha, et selline ravitoime oli sõnalisel sisendusel. Kas kasutada otsest või kaudset sisendust, seda tuleb alati otsustada individuaalselt. Kui otseste sugestioonide realiseerumises on kahtlusi, siis tuleb esmalt kasutada kaudset sisendust, eriti ärkveloleku seisundis antava sugestiooni korral.

Sisendust haige ärkveloleku seisundis on kas teadlikult või juhuslikult kasutanud kindlasti iga arst, kui ta mingile ravimile või raviprotseduurile on haige kuuldes omistanud suurt ravitoimet. Alati ei olegi ravim nii tõhus, et see üksinda parandaks haige seisundit; ravimi manustamisega kaasuv sugestioon võib aga tagada tervistumise. Seetõttu on ka arusaadav, miks mõni ravim ühe arsti poolt ordineerituna jääb toimeetuks, teise arsti poolt samale haigele väljakirjutatuna annab aga hiilgavaid tulemusi. Ravimi manustamisega kaasneva sugestiooni toime võib olla tähtsam kui ravim ise. Eeskätt tuleb seda arvestada kõikide neuroosihaigete juures, kuid ka somaatiliste haiguste ravimisel võib sugestioon tõhustada ravi tulemusi. K. Platonov (2) nimetab haige rahustamist, tema veenmist ja sisendust ärkveloleku seisundis väikeseks psühhoteraapiaks, mida sümptomaatiliselt võib kasutada ja peab rakendama iga arst, sest see ei nõua erilist psühhoteraapeutilist ettevalmistust.

Inimeste vastuvõtlikkus sugestioonidele on eriti suur hüpnootilises seisundis, sest sel ajal on segavate kõrvaliste ärritajate tajumine viidud miinimumini ja sõnaline ärritaja on ainutoimiv. Akadeemik I. P. Pavlov kirjutas: «Sõna säilitab ka pärast hüпноosi oma toime, jäädes sõltumatuks teistest ärritajatest, puutumatuks nende jaoks kui nendega tema esialgsel koorele manustamise momendil mitte seoses olnu.» * Sisenduste suur jõud hüпноosi seisundis ongi hüпноosi ravimeetodina kasutamise aluseks. Seega on hüпноos psühhoteraapeutilise ravi abivahendiks. Hüпноos ilma sugestioonideta ei ole otsene psühhoteraapeutiline võte, vaid nii võib seda kasutada kui kõige loomulikumat uniravimeetodit. Meie vabariigi psühhiaatrid kasutavad nn. suurest psühhoteraapiast suhteliselt kõige sagedamini hüпноosugestioonravi meetodit.

Sugestioonravi rakendatakse ka narkootilise une ajal, muidugi ainult siis, kui narkoos ei ole sügav ja kontakt haigega on veel võimalik. Tavaliselt toimub see 10-protsendilise heksenaalilahuse aeglase veeni süstimise puhul enne haige sügavasse narkoosi jäämist või narkoosist virgumise ajal. Narkootilises seisundis antud sugestioonid ei püsi aga kaua. See meetod on osutunud efektiivseks monosümptomaatilise hüsteeria ravimisel. Sel puhul on piisanud isegi ühest raviseansist.

Samale alusele nagu sugestioon, nimelt suurte poolkerade koore teatud punkti või piirkonna kontsentreeritud ärritusele, tugineb ka autosugestioon. Sugestiooni ajal kutsub selle kontsentreeritud ärrituse vahetult esile arsti sõna, autosugestiooni korral haige ise mõtleb, veenab end ja sisendab endasse vajalikku vastavalt arsti juhtnööridele. Autosugestiooni peamiseks meetoditeks on Coué meetod ja autogeenne treening.

Prantsuse apteeker Coué kasutas autosugestiooni primitiivselt ja väga mitmesuguste haiguste ravimiseks. Tänapäeval on see meetod täienenud ja mõnede neuroosihaigete juures võib sellega saavutada rahuldavaid tulemusi. Kaasajal seisneb Coué meetod järgmises: haigega vesteldakse ja talle selgitatakse, millist toimet võib sõna avaldada organismisse ning kuidas autosugestioon võib tervislikku seisundit parandada. Seejärel haige istub või lamab mugavalt oma kodus suletud silmadega, rahuneb paarikolme minuti vältel ja kordab siis kakskümmend või kolmkümmend korda kas mõttes või sosinal 3—4 lausest koosnevat autosugestiooni teksti, näi-

* I. P. Pavlov «Loengud peaaegu suurte poolkerade tööst», Tartu, 1949, lk. 336.

teks: «Ma uinun õhtul alati kell 11 magama. Mingeid unehäireid mul enam ei ole. Olen täiesti terve.» Selline autosugestiooni seanss kestab mõni minut, kuid seda tuleb korrata 3—4 korda päevas mitme nädala vältel.

Teiseks autosugestiooni meetodiks on autogeenne treening, mis on kujunenud sõjajärgsetel aastatel Saksamaal ja mitmetes teistes maades peamiseks psühhoterapeutiliseks menetluseks, edestades ka hüpnosugestioonravi (5). Meil tuntakse seda meetodit aga veel vähe. Autogeense treeningu meetodi lõi kaasaegsesse meditsiini I. H. Schultz (6), kes võttis selle üle india jogadelt. Juba muinasindia rahvameditsiin kasutas sugestiooni ja autosugestiooni empiirilisel ravi otstarbel. Jogad kasutavad seda veel praegugi, kuid ümbritsevad teda oma religioosse müstikaga. Schultz asendas autogeense treeningu meetodil religioosse-müstilise aluse tänapäeva füsioloogia seisukohtadega ja muutis selle teadusele vastuvõetavaks.

Kuidas siis autogeenne treening toimub?

Patsient peab vähemalt 3 korda päevas harjutama, alates 0,5—1 minutist. Selleks tuleb kušetil või mugavas tugitoolis võtta õige asend ja selili lamades lõdvendada kõik lihased, eriti vältides lihaste pinget pea ja kukla piirkonnas. Jalad ei tohi kokku puutuda. Käed lebavad rindkere kõrval, küünarliigesed 120° all painutatud. Silmad on konvergeerunud, suletud. Selles asendis tuleb endale sisendada järgmisi formuleeringuid: «Ma olen täiesti rahulik.» See on ka kogu treeningu pealkiri. Järgnevad harjutused.

Esimene harjutus: «Parem käsi on päris raske.» Umbes 0,5—1 minuti pärast tuleb harjutus tagasi võtta. Selleks painutatakse ja sirutatakse kätt paaril korral, hingatakse sügavalt sisse ja välja ning avatakse silmad. Kui käsi tundub sugestiooni kohaselt raskena, siis muudetakse formuleeringut ja järgneb sisendus: «Mõlemad käed on päris rasked.» Kui ka see realiseerub, järgneb formuleering: «Käed ja jalad on päris rasked.» Kõikide formuleeringute tagasivõtmine on kogu treeningu programmis ühesugune. Kui lihaste lõdvendamine on hästi õnnestunud, siis minnakse üle teisele harjutusele — veresoonte lõõgastamisele, kuid mitte enne, kui esimest harjutust on vähemalt kaks nädalat järjekindlalt treenitud.

Teise harjutuse formuleeringud oleksid järgmised: «Ma olen täiesti rahulik, käed ja jalad on päris rasked. Parem käsi on päris soe.» Need harjutused ei ole täiesti süütud ja sellepärast peab arst neid korrapäraselt kontrollima, et vältida vere ebaõiget jaotust. Kui õnnestub tekitada soojatunnet, siis järgneb uus formuleering: «Mõlemad käed on päris soojad», ja seejärel: «Käed ja jalad on päris sojad.» Harjutuse lõpul võetakse formuleeringud tagasi, milleks liigutatakse energiliselt käsi ja jalgu, hingatakse sügavalt ja avatakse silmad. Kui treening on edukas, siis võib mõne nädala pärast pikendada ühekordse treeningu aega kahele kuni kolmele minutile ja veelgi rohkem.

Paari nädala pärast võib treeninguprogrammi lisandada kolmanda harjutuse: «Süda lööb täiesti rahulikult ja tugevasti.» Kui seda on paar nädalat treenitud, siis minnakse üle neljandale harjutusele: «Ma hingan täiesti rahulikult.» Niiviisi lisandub iga paari nädala järel uus harjutus. Kogu autogeenne treening kestab mitu kuud, isegi aasta. On ilmne, et autogeense treeninguga kutsub inimene endal ise esile hüpnootilised faasid, kus lihased on lõtvunud, veresooned laienenud, südame talitus ja hingamine rahulikud jne. Autogeense treeninguga võib muuta vegetatiivseid funktsioone, hormonaalseid protsesse, esile kutsuda tingitud ja tingimatuid organismisiseseid reflekse. Autogeense treeninguga ravitakse mõningaid fobiaid, kontraktuure, spastilisi seisundeid, sundliigutusi, tic'i, monosümptomaatilisi hüsteerilisi häireid, ka niinimetatud organoneuroose, unehäireid, bronhiaalastmat, sundmõtteid jne. Head paranemist on täheldatud 70 protsendil selle meetodiga ravituist ja ainult 20 protsenti haigeist on jäänud ravist täiesti mõjustamata (F. Ruck 1956. a.). M. Oles'i

andmeil (1956. a.) on autogeense treeninguga 10—14 aasta vanustel lastel edukalt ravitud migreeni, kogelemist, enureesi, onanismi. [Ruck'i ja Oles'i andmed on refereeritud Svjadoštši (1) järgil.

Autogeenset treeningut ei saa aga alati kasutada. See nõuab küllaltki intelligentseid patsiente, kellel on tahtmist ja valmisolekut nii kestvaks ja järjekindlaks enesetreeninguks ning kes võivad kontsentreeruda harjutuste formuleeringutele ilma kõrvaliste mõteteta. Individuaalse autogeense treeningu kõrval kasutatakse ka grupilist autogeenset treeningut.

Peale eelkirjeldatud psühhoterapeutiliste meetodite kasutatakse veel ka kausaalset psühhoterapiat, grupipsühhoterapiat jt. Kui psühhoterapia kitsamas mõttes tugineb teisele signaalsüsteemile, siis laiemas mõttes tuleb kindlasti arvestada haige psüühika mõjustamist ka esimese signaalsüsteemi kaudu [M. Lebedinski (3)]. On ju täiesti selge, et määrav ei ole sõnaline tekst üksi, vaid oluline on ka see, millise näoilme ja hääletooniga teksti öeldakse. Inimese psüühikale avaldavad toimet kõik välis-tingimused. Ühed neist on ebameeldivad või otse kahjulikud, teisest jäävad neutraalseks, kolmandad aga on meeldivad, vajalikud, kasulikud. Muidugi peame iga haiguse ravimisel looma haigele tingimused, mis sisendavad talle usku paranemisse, näitavad, et tema eest igakülgsest ja kultuuriselt hoolitsetakse [A. Gunter (7)]. Kui haige on kindel, et tema heaks tehakse kõik, mis on vajalik, kui ta täielikult usaldab teenindavat personali koristajast kuni peaarstini, siis on ka sellel kõigel suur psühhoterapeutiline tähtsus.

Psühhoterapia laiemas mõttes ei ole üksnes piiratud ravimeetod, vaid see on teatud määral ka profülaktiline menetlus, põhiliselt aga — laialdane spetsiaalsete ja üldiste abinõude süsteem, mida tuleb teadlikult juurutada igasugusesse ravitöösse, et luua haigele meelepärased ja teravistavad tingimused.

KIRJANDUS

1. Свядош А. М. Неврозы и их лечение, М., 1959. — 2. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор, М., 1957. — 3. Лебединский М. С. Очерки психотерапии, М., 1959. — 4. Pavlov, I. P. Loengud peaaegu suurte poolkerade tööst, Tartu, 1949. — 5. Müller-Hegemann, D. Psychotherapie, Berlin, 1959. — 6. Schultz, I. H. Das autogene Training, Leipzig, 1937. — 7. Gunter, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 2, 17—20.

О ПСИХОТЕРАПИИ

Х. Кадастик

Резюме

В Эстонской ССР относительно мало используются приемы психотерапии. Но так как при различных болезнях, особенно при всех формах неврозов, психотерапия может дать хорошие результаты, каждому врачу необходимо знать ее основные методы и использовать их в своей практической работе.

По существу психотерапии, правильнее было бы ее назвать словесной условно-рефлекторной терапией, лечением речью.

Наиболее приемлемый метод — это убеждение или рациональная психотерапия.

Психотерапия в широком смысле не ограничивается каким-либо единичными методами, а учитывает также все факторы, касающиеся окружающей среды больного, которые положительно влияют на его самочувствие и настроение, внушают ему веру в выздоровление.

ESIMESE JA TEISE SIGNAALSÜSTEEMI KOOSTÖÖ HÄIRETEST SKISOFREENIAHAIGETEL

Dotsent J. SAARMA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtumeditiini kateedrist, juhataja professor arstiteaduse doktor E. Karu)

Inimese adekvaatne käitumine baseerub tegelikkuse õigel ja täielikul tunnetamisel, mille üheks oluliseks eelduseks on esimese ja teise signaalsüsteemi häireteta koostöö. Skisofreeniahaigetel esineb ulatuslikke häireid tegelikkuse tunnetamisel, niihästi tajumises kui ka mõtlemises. Kliinilis-psühhopatoloogilisest aspektist on neid häireid üksikasjalikult uuritud. Patofüsioloogilisest aspektist on aga lähemalt selgitatud ainult mõnede tunnetushäirete olemust.

Skisofreeniahaigete kortikodünaamika kõige üldisemaks jooneks on teatavasti mitmesuguse intensiivsusega ja erineva ulatusega pidurdus (I. P. Pavlov). See, oma iseloomult kaitsepidurdus, avaldub peamiselt hüpnootiliste faasiliste seisunditena, mistõttu I. P. Pavlov võrdles skisofreeniat kroonilise hüpnoosiga. V. Protopopov (1) võttis kasutusele koguni mõiste «hüpnoidne sündroom». J. Popov (2, 3) tõestas, et hallutsinatsioonide ja mõtlemise mõningate häirete aiuseks on hüpnootilise iseloomuga pidurdus.

Signaalsüsteemide koostöö aspektist ei ole skisofreenia pidurdussündroomi veel piisavalt valgustatud, hoolimata viimase kümne aasta jooksul ilmunud arvukatest töödest sellel teemal. Domineerivaks on kontseptsioon, mille kohaselt esineb skisofreeniahaigete signaalsüsteemides «lõhenemine», kusjuures peamise tõestusena esitatakse elektiiivse irradiatsiooni puudumist motoorse refleksi katses (4, 5, 6). On esitatud koguni tees, et skisofreeniahaigetel töötavad esimene ja teine signaalsüsteem lahus, teineteisest isoleerituna [V. Akkermann (7)]. Juba ühes varasemas töös näitasime, et motoorse reaktsiooni puudumine vahetu signaali asendamisel tema sõnalise vastega võib esineda ka tervetel isikutel ja eeskätt tugeva seespärase pidurduse korral. Et elektiiivse irradiatsiooni avaldusest järeldada signaalsüsteemide koostöö seisundit, selleks on vaja motoorse refleksi katses rakendada stereotüübi kujundamist ja selle korduvaid ümberkujundamisi (8).

Muide näitab juba tavaline kliiniline kogemus, et skisofreeniahaigete kortikaalse talitluse domineerivaks jooneks ei ole signaalsüsteemide «lõhenemine» või nende «lahus töötamine». Ka kõige raskemate psühhiliste häiretega haige käitumises avalduvad haiguslike vormide kõrval adekvaatsed elemendid, mis näitab, et vähemalt episoodiliselt on nende haigete signaalsüsteemide koostöö heal tasemel. Normaalse ja patoloogiliste elementide pidev kõrvuti esinemine ja tihe põimumine on skisofreeniahaigetele otse iseloomulik. On ilmne, et häired signaalsüsteemide koostöös on keeruka ning seejuures dünaamilise iseloomuga.

Signaalsüsteemide koostöö mõningaid jooni aitavad iseloomustada eksperimentaalsed andmed, mis on Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatriakateedris viimastel aastatel kogutud suurema arvu protsessuaalses staadiumis skisofreeniahaigete närvitalitluse kohta.

Signaalsüsteemide koostöö kõige elementaarsemaks vormiks on motoorne reaktsioon sõnalisele signaalile. Lihtsaid sõnalisi korraldusi õpib laps täitma juba oma kõige varasemas elueas ja need seosed fikseeruvad tugevasti. Üheks selliseks seoseks on motoorne vastus korraldusele «vajutage!», millele tugineb motoorse refleksi katse meetodika. Käesoleva töö raamides analüüsiti 100 skisofreeniahaigel korduvate motoorse refleksi katsete puhul selle nn. põhirefleksi osas ilmnevaid häireid. Ilmnes,

et ainult 20 haigel jäi korraldus vajutamiseks täitmata üksikutel kordadel katse alguses. Ülejäänud 80 skisofreeniahaigel avaldub põhirefleks täiesti stabiilsena, vaatamata sageli väga ulatuslikele psühhootilistele nähtudele, mis esinesid neil haigeil uurimise perioodil. See näitab, et niisugune signaalsüsteemi elementaarne koostöö vorm, nagu sõnalise korralduse täitmine lihtsa liigutusega, püsib ka tugeva üldise kortikaalse talitluse häire korral.

Teiseks lihtsaks koostöö vormiks esimese ja teise signaalsüsteemi vahel on tajutava nähtuse seos selle sõnalise vastega ehk mõistega. Ka selline seos kujuneb inimesel välja kõige varasemas lapseas ja on teise signaalsüsteemi arenemisel üheks eelastmeks. Täiskasvanud inimesel ei valmista ajutegevuse normaalses seisundis mingit raskust nimetada eseme või selle pildi nimetust. Eksperimentaalpsühholoogiast tuntud esemete või piltide nimetamise katses annab terve inimene väga lühikeste reaktsiooniaegadega eranditult õiged vastused. 100 skisofreeniahaigel sama katset korduvalt teostades võisime leida mitmesuguse iseloomuga pidurduse avalduse kujusid. Valdaval enamusel haigetest ilmneb pidurdus latentsiaegade pikenemisega, n.-ö. kvantitatiivse pidurdusena. Uuritutest oli ainult 9 haigel keskmine latentsiaeg piltide nimetamise katses normi piirides (kuni 1,2 sek.) ülejäänutel olid latentsiajad pikenenud, sejuures 43 haigel tugevasti pidurdatud (keskmine latentsiaeg üle 2 sek.). Piltide ekslikku nimetamist, n.-ö. kvalitatiivset pidurdust, esines üldse 40 haigel, kes tegid 1 kuni 5 viga 10 pildi kohta. Vigade iseloom võimaldab lähemalt mõista pidurduse iseloomu, mis esineb signaalsüsteemide selles elementaarses seoses. Illustratsiooniks toome mõne näite selliste vigade kohta.

1. 30 a. vanune ägeda paranoilise sündroomiga naishaige, rohkete verbaalsete hallutsinatsioonidega, elava paranoilise luuluga ja teravalt väljakujunenud derealisatsioonielamustega. Nimetab temale demonstreeritavaid pilte järgmiselt:

paat	2,1 sekundit	—	paat
lammas	2,5	„	—
tindipott	4,3	„	—
kärbes	2,1	„	—

2. 18 a. vanune naishaige, nõutu ja inkoherentne, kuulmis- ja kehatunde meelepetetega, derealisatsiooniga. Nimetab:

lammas	2,6 sekundit	—	kits
niidirull	4,2	„	—
paat	12,5	„	—
tindipott	5,1	„	—
seened	39,8	„	—

3. 46. a. vanune paranoilise sündroomiga naishaige nimetab talle esitatavaid pilte järgmiselt:

öökull	6,1 sekundit	—	varemed	püksid	1,5 sekundit	—	tünn
nael	1,8	„	—	pasun	pall	1,6	„

Esitatud näidetest ilmneb, et skisofreeniahaigetel esineb tajutava nähtuse nimetamisel kõrvuti õigete vastustega väga mitmesuguseid vigu. Osa vigu on seletatavad sarnasusega, näit. lammas — kits, pall — kõrvits jt. Seega ei toimu erutuse kulgemisel esimesest signaalsüsteemist teise küllaldast diferentseerimist. Tajuga ei seostu mitte täpne, vaid mõni ligilähedane sõnaline vaste. Teine osa vigu on mõistetavad kui terviku ja osa vahetamine, näit. tindipott — kork, seemed — põld jne. Ühel juhul kulgeb erutus esimesest signaalsüsteemist teise ainult osaliselt, mille tagajärjel tajutavast nähtusest seostub sõnalise vastega ainult üks osa. Teisel juhul aga hõlmab erutus sõnalises süsteemis liiga laialdase struktuuri, irradiierudes üldisemale sõnalisele vastele, kui see on tajule adekvaatne.

Kolmas liik vigu on seletatavad mitmesuguste kaudsete seoste mõjuga, mis kaasnevad tajuga. Sellise nähtusega on tegemist näiteks vastuste puhul paat — kivi, öökull — varemed jt. Niisugusel korral on otsene

seos tajutava nähtuse ja sõnalise vaste vahel pidurdatud, mõni kaudne või juhuslik seos aga on vabanenud diferentseerimispidurdusest.

Kõikide esitatud vigade ühiseks jooneks on see, et erutusprotsess ei kulge esimesest signaalsüsteemist teise adekvaatset teed mööda, vaid kõrvalisi, juhuslikke, või kasutades siis kas osalisi või liiga üldistatud seoseid. Samal ajal, kui pidurdatud on adekvaatne reaktsioon, saadakse vastus, mis antud korral tegelikult peaks olema pidurdatud. See iseloomustab hüpnootilise, nimelt ultraparadoksaalse faasilise pidurduse esinemist signaalsüsteemide elementaarsetes seostes. Samal ajal on seespidine, esmajoones diferentseerimispidurdus, puudulik.

Peab märkima, et kirjeldatud häireid piltide nimetamise katsetes esineb esmajoones haigeil, kellel kliiniliselt prevaleeruvad derealisatsiooni ja depersonalisatsiooni sümptoomid. Nende sümptoomide puhul toimub tajutavate elementide puudulik ja ebaõige sünteesimine varasema kogemusega. Vahetult tajutud nähtus seostub mõistete ja sõnadega osaliselt ja moonutatult. Selle tõttu on põhjust arvata, et derealisatsiooni- ja depersonalisatsioonielamuste patofüsioloogilise aluse üheks oluliseks komponendiks on ülalkirjeldatud hüpnootiliste faasiliste pidurdusnähtude esinemine erutuse kulgemisel esimesest signaalsüsteemist teise.

Signaalsüsteemidevahelise koostöö keerukamad vormid esinevad sõnalises aruandes motoorse refleksi katse kohta. Katse käigus esineb mitmekesiseid heli- ja valgussignaale, korraldusi, reaktsioone ning nende vahelisi vastastikuseid seoseid. Sõnalises aruandes peavad kajastuma niihästi katse üksikelemendid kui ka seosd nende vahel. Uuritud 100 skisofreeniahaige sõnalisi aruandeid analüüsides ilmnes, et ainult 31 haigel kajastusid sõnalises süsteemis enam-vähem täielikult kõik katse üksikasjad ja seosed. Ülejäänud 69 haigel oli aruanne puudulik või moonutatud, kusjuures ühelgi neist ei kajastunud täielikult katses esinenud seosed, 54 haigel olid aga lisaks sellele puudulikult üle kandunud ka üksikelemendid. Real juhtudel põimus aruandesse meeletpettelisi ja luululisi elemente. Illustratsiooniks esitame näiteid.

4. 19-aastane naishaige, kes haigestus mõni päev enne hospitaliseerimist ägedasse skisofreeniasse rohkete kuulmis- ja kehatunde meelepetetega. Kõne on sümbolistlik ja seosetu, luululiste fragmentidega. Laboratooriumi tuleb vabalt, täidab korraldusi. Motoorse refleksi katse ajal istub toolil, vajutamise käsku täidab, esineb isegi üksikuid vajutusi signaali (vile) ilma korralduseta (uus tingitud refleks). Pärast katset paluti jutustada, mis toimus. Haige seletab: «Kolm aastat tagasi..., kui elektritoolil ära käisin... Purje Marta... Marta... Kalju... Viki, Viki, Viki... ei, ei, ei... koerad, koerad... oleks ma seda teadnud, ma oleks võitjaks jäänud... (Kas vile kuulis?) ... oli... üks kord vist vilistati... (Kas käsku oli?) ... arsti juures käisin, appi, appi, päätsin... mind kiskus miski... ma ütlesin emale, ma enam seda närvide pinget vastu ei pea...» jne. seosetult ja laialivalguvalt.

5. 27-aastane naishaige, kellel kahe kuu jooksul on depressiooni foonil esinenud kuulmismeelepeteid, suhtumismõtteid, mõjustamistunne «mind tahetakse teha niisuguseks ja teistsuguseks», võoraste isikute liikumine tänaval on talle iseäralikuks muutunud, see tähendab tema suhtes midagi jne. Laboratooriumi tuleb loult, kuid tõrkumatult. Katse ajal istub toolil, jälgib ekraani, millel aeg-ajalt süttib roheline tuli, täidab korraldusi vajutamiseks, kujuneb välja uus tingitud refleks. Küsitlemisel pärast katset seletab: «Metsa oli... merd... seeni. (Kus?) Seal (näitab ekraanile) ... värviline oli... (Mis värvi oli näha?) ... punane ja roheline ja sinine... siit äärest oli puu... (Millise värvi puhul vajutas?) ... mis see... mis ma kustutasin ... kollane oli see...» jne. katkendlikult ja ebamääraselt.

Esitatud näidetest ilmneb, et esimese signaalsüsteemi osas tajutud materjal kajastub teises signaalsüsteemis ainult osaliselt või moonutatuna. Ka siin ei kulge erutusprotsess sõnalisse süsteemi otsest adekvaatset teed mööda, vaid kaldub kõrvalistele seostele ja irradiseerub hoopis kaudsetele sõnalistele struktuuridele. Ilmneb, et diferentseerimispidurduse puudulikuse kõrval on signaalsüsteemidevahelistes seostes ka niisuguste reaktsioonide korral tegemist hüpnootilise pidurduse, eeskätt ultraparadoksaalse faasilise seisundi esinemisega.

Kuid hüpnootiline pidurdus ei avaldu ainult signaalsüsteemidevahelistes seostes, vaid see avaldub ka teise signaalsüsteemi vanade seoste osas, mida võimaldab uurida assotsiatsioonikatse. Tervetel isikutel on teatavasti assotsiatsioonikatse keskmiseks latentsiajaks 0,7—1,6 sek. ja mitteadekvaatseid vastuseid esineb ainult üksikutel juhtudel, mitte üle 5%. Analüüsides 131 skisofreeniahaigel korduvalt teostatud assotsiatsioonikatse andmeid, ilmneb ka siin valdaval enamikul haigetest pidurduse mitmesuguseid vorme. Domineerivaks on latentsiaegade pikenemine, n.-ö. kvantitatiivne pidurdus. Normi piirides oli latentsiaeg ainult 4 haigel, teistel oli see aga vähemal või suuremal määral pikenenud, 40 haigel oli keskmine latentsiaeg üle 5 sekundi, mida loeme tugevaks pidurduseks. Teiselt poolt esines ka kvalitatiivset pidurdust vastuste taseme alanemisenähtena. 99 haigel esines mitteadekvaatseid vastuseid keskmiselt üle 5% katse kohta, mõnel ulatus see kuni 100 protsendini. Vigade iseloom on väga mitmesugune. Esinevad nn. kajalised vastused, kus haige kordab signaalsõnu, riimvastused, kus vastusena signaalsõnale esitatakse mingi mõtetu riimsõna jne. Niisugused vastused näitavad, et erutus ei irradieerumise teises signaalsüsteemis on puudulik. Kuid real haigetel esineb nn. ekstrasignaalseid vastuseid, mis iseloomustab erutusprotsessi kulgemist teise signaalsüsteemi juhuslikke ja kaudseid seoseid mööda. Illustratsiooniks toome järgmised näited.

6. Paranoilise sündroomiga 18-aastane meeshaige, inkoherentse ja sümbolistliku mõtlemisega, annab assotsiatsioonikatses järgmised vastused: liha — paras, aasta — kolm, puu — maikelluke, päev — öö, lamp — vedru.

7. Ägeda skisofreeniaga haige, kelle kõnes esineb hulgaliselt tõkestusi ja seostust, vastab: ahi — mets, sõber — pidu, raud — vesi, kärbes — mets.

Analoogiliselt piltide nimetamise katsele esinevad ka assotsiatsioonikatses täiesti adekvaatsed vastused kõrvuti kaudsete, ebamääraste ja mitteadekvaatsete vastustega. Need sõnalised reaktsioonid, mis peaksid olema kõige enam fikseeritud ja antud korral avalduma erutusprotsessi kulgemisel neisse, osutuvad tegelikult pidurdatuiks. Samal ajal on aga diferentseerimispidurdusest vabanenud (osalt aga tuleb siin arvesse ka kustutus- ja tingitud pidurdus) sellised sõnalised reaktsioonid, mis on antud signaalsõnaga ühendatud väga kaugeid, kõrvalisi ning juhuslikke seoseid kasutades. Seega avaldub selliste sõnaliste reaktsioonide puhul samalaadne ultraparadoksaalne hüpnootiline pidurdus nagu eespool kirjeldatud piltide nimetamise katse puhul.

Niisugused assotsiatsioonid esinevad hulgaliselt eeskätt haigel, kellel ka kliiniliselt avaldub seosetu ning sümbolistlik mõtlemine, millest võib järeldada, et hüpnootilise iseloomuga pidurdus teises signaalsüsteemis ongi nende sümptoomide patofüsioloogiliseks aluseks.

Esitatud materjali kokku võttes võime märkida, et skisofreeniahaigete signaalsüsteemide koostöös ilmneb ulatuslikke häireid. Need häired ei iseloomusta aga signaalsüsteemide «lõhenemist», nagu seda üldiselt käsitletakse. Peamiseks ja iseloomulikuks nähuks on vähema või suurema intensiivsusega pidurduse esinemine signaalsüsteemidevahelistes seostes. Erutusprotsessi kulgemine ühest signaalsüsteemist teise on raskendatud, kusjuures suurel osal haigetest kulgeb erutus siiski adekvaatseid seoseid mööda, eriti kui on tegemist elementaarsete seostega. Selle kõrval võib sageli leida hüpnootilise iseloomuga, eeskätt ultraparadoksaalset faasilist pidurdust, mis võib avalduda esinise ja teise signaalsüsteemi seoste kõikides vormides. Niisugune ultraparadoksaalne faasiline pidurdus on tõenäoliselt keerukamate tajumishäirete ja sümbolistlik-seosetu mõtlemise patofüsioloogiliseks aluseks. Arvestades hüpnootilise pidurduse suurt muutlikkust niihästi intensiivsuse kui ka ulatuse osas, on hästi mõistetav nende kliiniliste nähtude suur dünaamilisus.

1. Протопопов В. П. Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении. Киев, 1946. — 2. Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков, 1941. — 3. Попов Е. А. Труды XV сессии Укр. Психоневр. Ин-та. Харьков, 1949, стр. 121. — 4. Виноградов Н. В., Рейсер Л. А. Ж. высш. нервн. деят. 3. 1. 77. 1953. — 5. Костандов Э. А. Труды Ин-та Высш. нервн. деят. АН СССР. Сер. патофиз. V, 101, 1958. — 6. Бенъяминт Л. А. Труды всесоюзн. конф. посвящ. 100-л. со дня рожд. С. С. Корсакова, М., 1955, стр. 352. — 7. Аккерман В. И. Тезисы научн. сессии, посвящен. С. С., Корсакову М., 1950, стр. 25. — 8. Саарма Ю. М. Уч. записки ТГУ 40. 74. 1956.

О РАССТРОЙСТВАХ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ СИГНАЛЬНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ю. Саарма

Резюме

Исследовались разные формы совместной деятельности сигнальных систем у больных шизофренией в процессуальной стадии. В опыте с моторным рефлексом у 20 больных из 100 эпизодически выпадал основной рефлекс, т. е. нажатие по приказанию. В опыте с названием картинок у 91 больного латентный период был удлиненным. 40 больных совершили разные ошибки. У 69 словесные отчеты о ходе опыта с моторным рефлексом оказались неполными или извращенными. В ассоциационном эксперименте латентный период только у 4 больных из 131 был в пределах нормы; у 99 число неадекватных реакций превышало 5%. Описываются разные расстройства совместной деятельности сигнальных систем.

Можно предполагать, что характерной чертой больных шизофренией является гипнотическое торможение в связях между первой и второй сигнальной системой. Торможение имеет преимущественно ультрапарадоксальный характер. Такое ультрапарадоксальное торможение является патофизиологической основой сложных расстройств: восприятия и символически разорванного мышления.

VASTSÜNDINUTE ARENGUST RASEDATE HILISTOKSIKOOSI PUHUL

Arstiteaduse kandidaat H. JALVISTE

(Tartu Riikiiku Ülikooli sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor V. Fainberg, teaduslik juhendaja arstiteaduse doktor, Eesti NSV teeline teadlane professor F. Lepp)

Rasedate hilistoksikoosi toimet lapse üsasisesele ja eriti sünnitusjärgsele arengule on seni vähe uuritud ja uurimuste autorid on jõudnud sageli erinevatele seisukohtadele. Dieckmann (3), Tunis (4), Reuss (5), Esch (6) ja Liepelt (7) ei leidnud erinevusi toksikoosipuhuste laste ja normaalsest tingimustes sündinud laste postnataalses arengus. Morari (8), Röttger (9), Dubrausky (10), Pilcz (11) ja Kyank (12) tegid kindlaks haigestumise ja suremuse suurenemise. Širokinskaja (1), uurides 423 nefropaatiku last ja Gurjanova (2) 328 eklamptiku last ning jälgides kaugtulemusi 1—4 aasta jooksul näitasid, et selliseil lastel esineb mõningaid kahjustusi kuni esimese eluaasta lõpuni, nende edaspidine areng on aga täiesti normaalne.

Tuleb pidada õigeks Gavallèr'i (13) arvamust (1959. a.), et spetsiaalses sünnitusabialases kirjanduses tegeldakse vähe lapse hilistoksikoosipuhuse kahjustuse küsimusega, sest sagedamini käsitletakse vastavat küsimust juba neuropsühhiaatrilises kirjanduses. Pasamanick kaastöölisega (14) peab 2000 juhu alusel enneaegsust ja hilistoksikoosi tähtsaimaks:

faktoriks neuropsüühiliste kahjustuste tekkel. Sierig (15) väitis, et eklamptikute lastel võis sageli kohata füüsilist ja vaimset mahajäämist. Gavallér kaastöölistega (13), uurides neuropsüühiaatriliselt 24 aasta vältel 90 eklamptilist ema 70 lapsega, näitas et 24% -l lastest esines mentaalne kahjustus oligofreenia või epilepsia näol. Ainutähtsaks peavad autorid krampide ilmumist hüpoksia ja anoksia tõttu ning soovitavad ravile mitte-alluva preeklampsia korral õigeaegset keisrilõiget. Nad rõhutavad eklampsia ravimeetodi valiku tähtsust mitte ainult sünnitusabi, vaid eriti pediaatria ja neuropsüühiaatria seisukohalt.

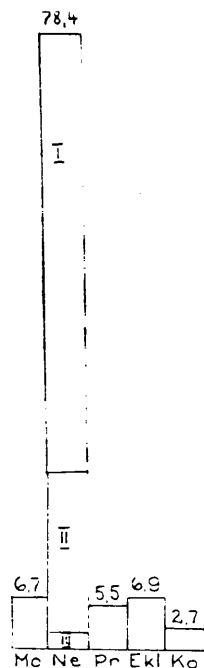
Käesoleva töö ülesandeks on hilistoksikoosi põdenud emade vastsündinute võrdlev uurimine tervete emade lastega.

Analüüsi materjaliks oli Tartu Kliinilises Sünnitusmajas esinenud 330 rasedate hilistoksikoosi juhtu ja kontrollrühmana 2000 normaalse kuluga raseduse juhtu. Kliinilise pildi alusel esines tõeline toksikoos 321 juhul, s. o. 97,3%, ja kombinatsioonivormid 9 juhul, s. o. 2,7% (neist 5 juhul toksikoos kaasnes hüpertooniatõvega ja 4 juhul kroonilise nefriidiga). Päristoksikoosi rühmas esinesid monosümptomaatilised toksikoosivormid 22 juhul (6,7%), nefropaatia 258 juhul (78,4%), preeklampsia 18 juhul (5,5%) ja eklampsia 23 juhul (6,9%). Nefropaatia jaotati veel kolmeks astmeks, vastavalt hüpertoonia iseloomule: vererõhuga kuni 150 mm, kuni 180 mm ja üle 180 mm. Arvates nefropaatiajuhtude summa 100 protsendiks, esines I aste 71,3%, II — 26,3% ja III — 2,3% (joon. 1). Käesolevas töös jagasime toksikoosi 4 allrühma: I rühm — monosümptomaatilised vormid ja kerge (I astme) nefropaatia — 206 juhtu (62,4%); II rühm — II ja III astme nefropaatia — 74 juhtu (22,4%); III rühm — preeklampsia ja eklampsia 41 juhtu (12,4%) ja IV rühm — toksikoosi kombinatsioonivormid — 9 juhtu (2,7%).

Surnultsündivus esines toksikoosihaigetel 12 juhul, s. o. 3,4%, kuna sünnitusjärgne suremus oli 6 juhtu (1,7%), kusjuures kõik surmajuhud esinesid esimese ööpäeva jooksul.

Enneaegsust arvestasime toksikoosihaigetel vastsündinute sünnikasvu ja -kaalu kui ka rasedusnädalate alusel (joon 2). Aluseks võttes sünnikasvu (ajalisus alates 48 sm *incl.* ja rohkem) esines enneaegseid 58 juhul (17,6%). Kuna Tartu Kliinilises Sünnitusmajas ajalisust arvestatakse alates 47 sm *incl.* ja rohkem, esines enneaegseid 41 juhul (12,4%). Sünnikaalu poolest (enneaegsus alla 2500 g) esines enneaegseid 32 juhul (9,7%). Raseduse kestust aluseks võttes (ajalisus alates 39. nädalast) sedastati enneaegsust 55 juhul (16,7%), mis ühtib kõige enam sünnikasvu (47 sm *incl.* ja vähem) väärtusega ja tuleb seepärast pidada küllalt sobivaks näitajaks. Kontrollgrupis esines 2000 normaalraseduse kohta enneaegsust (46 sm *incl.* ja vähem) 47 juhul, s. o. 2,4%.

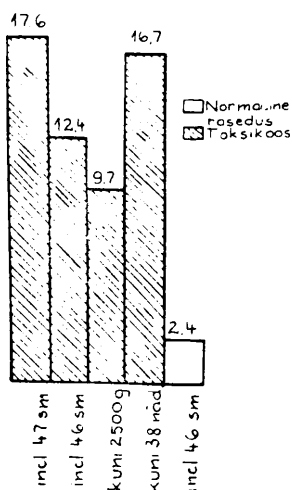
Ülekandmise kriteeriumina kasutasime antud töös raseduse kestust üle 42 nädala, kuigi enamik autoreid arvestab seda 41 nädalast *incl.* Toksikoorühmas esines ülekandmist 42 juhul (25,1%). Pidades ülekandmise kriteeriumiks raseduse kestust alates 43 nädalast (nagu see on tavaks Tartu Kliinilises Sünnitusmajas), esines ülekandmist 20 juhul, s. o. 7,3%. Üldse 69-st ülekantud juhust oli raseduse kestus 42 nädalat — 49 juhul.



Joon. 1. Toksikoosi astmete esinemissagedus protsentides.

Mo — monosümptomaatiline aste, Ne — nefropaatia, Pr — preeklampsia, Ekl — eklampsia, Ko — kombineeritud toksikoos.

43 nädalat — 12 juhul, 44 nädalat — 6 juhul ja 45 nädalat — 2 juhul. Kui literatuuri andmeil ülekandmine normaalse raseduse korral esineb umbes võrdset määral enneaegsusega, siis toksikoosi korral võib meie andmeil ülekandmist kohata isegi sagedamini enneaegsusest, seda tuleb nähtavasti



Joon. 2. Enneaegsuse esinemissagedus protsentides füüsiliste näitajate ja raseduse kestuse alusel toksikoosi puhul.

seletada toksikoosipuhuse statsioneerimise, lamamisrežiimi ja raviga. Tähelepanu tuleks pöörata ka ajukoore ja koorealuse vastastikuse korrelatsiooni häiretele toksikoosi korral, mis kahtlemata ei jäta mõju avaldamata ka sünnitustegevuse tekkimisele.

Füüsiliste näitajate osas tegime kindlaks, et toksikoosipuhused lapsed kuni 47 sm pikkuseni ületavad esinemissageduselt normaalseid lapsi, alates 48 sm-st esineb mahajäämus, mis aga tasandub 51 sm juures, kus esinemisfrekvents on mõlemas rühmas võrdne (joon. 3).

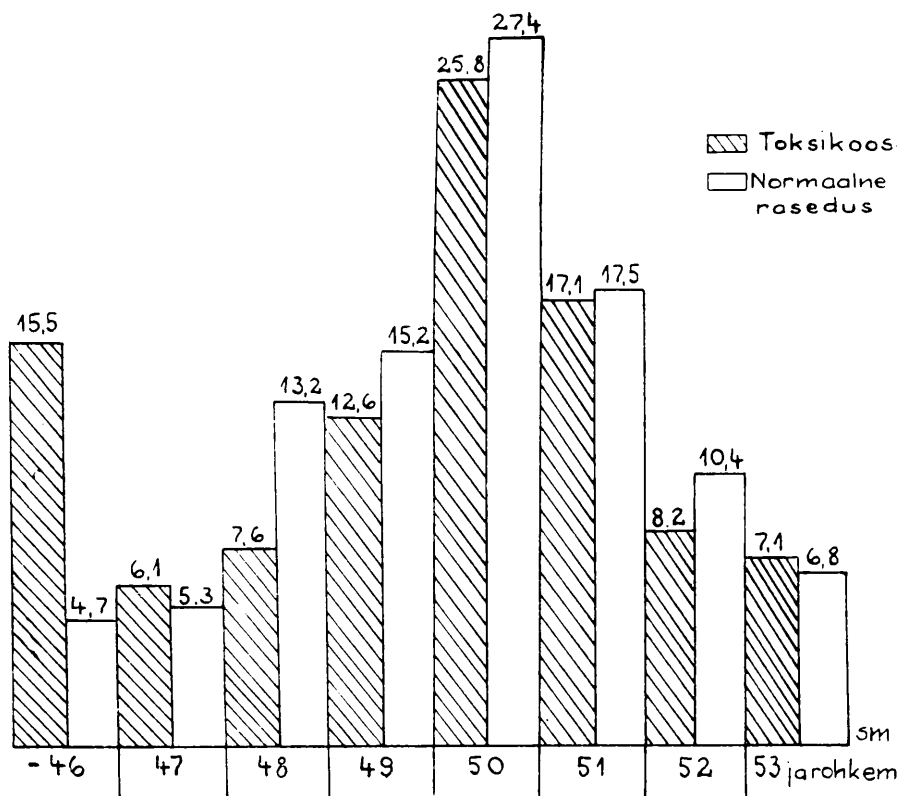
Mis puutub sünnikaalu, siis siin on olukord erinev. Kui kuni 3000 g domineerivad esinemissageduselt kõigis kaalugruppides toksikoosipuhused lapsed, siis alates 3000 g hakkab kindlalt prevaleerima normaalsete laste osa kõigis edasistes kaalugruppides, samal ajal toksikoosipuhuste laste arv väheneb suhteliselt kiiremini (joon. 4).

Vastsündinu peaümberrõõdus kajastuvad mõlemas rühmas sünnikasvudega analoogilised nähud. Allapoole keskmist ümbermõõtu (35 sm) domineerivad igas rühmas toksikoosipuhused lap-

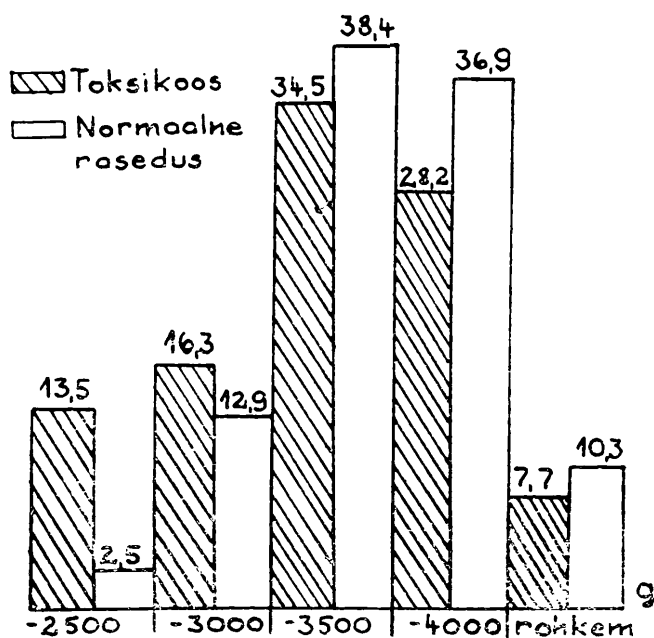
sed, kuna alates 35 sm (incl.) see väheneb; suuremate peaümberrõõtude puhul (38—41 sm) aga tõuseb uuesti toksikoosipuhuste laste osatähtsus.

Individuaalsed andmed sünnikasvu võrdlemisel sama lapse sünnikaaluga näitavad, et tavaliste pikkuste (49—50—51 sm) puhul jaotuvad nii toksikoosipuhused kui ka kontrollrühma lapsed protsentuaalselt ühesvõrdseks. Harilikumate kaaluväärtuste (2500—4000 g) korral esineb toksikoosi puhul kõrgemais kaalurühmades protsentväärtuste järsem langus. Seega kinnitasid ka individuaalsed võrdlusarvud eespool toodud rühmaandmeid ja näitavad üldse, et vastsündinu pikkust tuleb pidada stabiilsemaks näitajaks kui kaalu, sest viimane muutub mitmesuguste tegurite (ka toksikoosi) toimel kergemini. Teatavasti juba alates Issmer'i (16) suurearvulise materjali analüüsist normaalsete vastsündinute puhul peetakse sünnipikkust olulisemaks ja kaugelt stabiilsemaks kriteeriumiks vastsündinu hindamisel kui kaalu. Toksikoosi korral tegid kindlaks sünnikasvu suhtelise stabiilsuse võrreldes kaaluga Bickenbach (17) ja Morari (8).

Analüüsides füüsilisi näitajaid olenevalt toksikoosivormidest tehti kindlaks, et raskemate toksikoosiaastmete puhul esineb tendents madalamate pikkuseväärtuste domineerimisele. Ka sünnikaalu nihkeis kajastub toksikoosiaastmete raskus. Vastsündinu arengu näitajaile on toksikoosivormidest arvatavasti tähtsaim toksikoosi haiguspildi ajaline kestus. Toksikoosi pikaldasemaks kestuseks lugesime triaadsündroomi või ka üksikute sümptomide (hüdrops välja arvatud) esinemist kauem kui 3—4 nädalat. Pikaldane kestus esines üksikuis toksikoosirühmades järgmiselt: I rühmas 13,6%, II rühmas 32,4%, III rühmas 9,8% ja IV rühmas 88,9%. Võrreldes vastsündinute füüsilisi näitajaid lühema ja pikema toksikoosi kulu puhul ilmneb, et pikkuserühmades ei esine erilisi erinevusi, seda selgelt näha on aga need kaalurühmades. Kui lühemal kestusel domineerib esinemissageduselt kaalugrupp kuni 4000 g, siis pikaldase kulu puhul kaalugrupp kuni 3500 g. Seega toob ainult vastsündinu



Joon. 3. Vastsündinute sünnikasvu frekvents protsentes toksikoosi (380 juhtu) ja normaalse kuluga raseduse (2000 juhtu) puhul.



Joon. 4. Vastsündinute sünnikaalu frekvents protsentes toksikoosi (380 juhtu) ja normaalse kuluga raseduse (2000 juhtu) puhul.

kaal kui labiilsem füüsiline näitaja esile toksikoosi ajalisest kestusest tingitud diferentse.

Vastsündinute arenemist esimese elunädala jooksul uurides eristame 2 etappi: kaalu languse periood 3.—5. päeval ja kaalu taastumise periood 7.—9. päeval. Kaalukaotuse suurus ja sünnikaalu taastumine on kindlasti tähtsamaid vastsündinu arengu kriteeriume esimesel dekaadil. Võrreldes kaalu langust toksikoosirühmas kontrollgrupiga ilmneb, et suurem kaalu langus, mis ületab 10% kehakaalust, esineb üle 3 korra sagedamini toksikoosiga lastel, ühtlasi esineb kontrollrühmas sagedamini kaalu kadu 6—10%, kuna väike langus (kuni 5%) esineb harvem. Niisiis tuleneb uurimusest, et toksikoos avaldab toimet vastsündinu arengu näitajatele esimestel elupäevadel. Analüüsides kaalu langust toksikoosi allrühmadel, nägime 5%-list kaalukadu sagedamini I—II rühmas, 6—10%-list kaalukadu aga võis tihti kohata just III—IV rühmas, kuna 10%-line ja suurem kadu esines peaaegu võrdselt kõigis rühmades. Seega võisime sedastada mõningal määral kaalu kaotuse sõltuvust toksikoosi kliinilisest pildist. Otsides kaalu languse oletatavat sõltuvust toksikoosi haiguspildi kestusest, ei saanud me seda tõestada.

Uurides kaalu kaotust seoses toksikoosi raviga, ei saanud me kehakaalu langust raviajaga korrelatsiooni viia, sest kaalu 5%-line kui ka 6—10%-line langus esines peaaegu võrdselt 1,2 kui ka 20 ja enama ning 30 ja enama ravipäeva puhul, samuti esines 10%-line ja suurem kehakaalu kaotus umbes võrdselt kõigil ravipäevadel.

Huvitav on vastsündinu kaalu langust kui üht funktsionaalse seisundi näitajat uurida seoses sünnituse kestusega ja operatiivse vahelesegamisega sünnituse kiiremaks lõpetamiseks toksikoosi puhul. Selgus, et normaalse kestusega sünnitusi esines toksikoosi korral 71,5% juhtudest, pikaldase (üle 24 tunni esmassünnitajail, üle 12 tunni korduvalt sünnitajail) kuluga 28,5%, s. o. ligikaudu 1/3 juhtudest. Haiguse raskemate vormide puhul võis kohata sünnituse pikalevenimist sagedamini preeklampsia puhul (44,4%), nefropaatia puhul (27,2%), vaatamata operatiivsele ja medikamentoosile vahelesegamisele. Sünnitusaja pikenemisel toksikoosi puhul ei esinenud negatiivset toimet vastsündinu arenemisele, sest kauakestva sünnituse puhul esines väiksem kaalu langus sagedamini ja suurem (kuni 10% ja rohkem) kaalulangus harvemini kui normaalse ajaga sünnitanud emade vastsündinuil.

Operatiivne vahelesegamine kasvas võrdeliselt haiguspildi raskusega, välja arvatud asjaolu, et preeklampsia puhul operatiivne vahelesegamine oli sagedam kui eklampsia puhul (61,1% 52,2% vastu). Lülitades aga eklampsiarühmast välja postpartaalsed juhud (sünnitusjärgsed krampid ei saa kahjustada vastsündinut) oli operatiivse vahelesegamise sagedus 75,1%, seega kõrgem preeklampsia omast. Raskemate haigusjuhtude arvu sagenemisel tuli preeklampsia korral sageli kasutada tange ja teha keisrilõiget, sest eklampsia korral teatavasti sellest võimalikult hoidutakse. Operatiivse sünnituse puhul võis täheldada lapse kaalu langust.

Otsustavaks indikaatoriks vastsündinu arenemisel tuleb pidada sünnikaalu taastumist I elunädala lõpul (7.—9. päev). Sünnikaalu saavutamine toksikoosipuhuste laste rühmas toimus umbes 40%-l juhtudest, 2000 lapsega kontrollgrupis aga ainult umbes 30% juhtudest. Toksikoosiga laste allrühmades taastus sünnikaal kiiremini II ja III rühmas. Morari (8) ja Rossier kaastöölistega (18) ei pidanud kliinilise pildi raskust sünnikaalu taastumisel tähtsaks. Kombineeritud ehk nn. laadestustoksikoosi korral kohtasime eriti sageli kaalu langust 6—10%, kaal taastus vähem kui veerandil juhtudest, mis näitab selle toksikoosivormi suhteliselt ebasoodsat prognoosi lapse arenemise seisukohalt võrreldes tõelise toksikoosiga.

Edasi tegime kindlaks, et sünnikaalu taastumine toksikoosi puhul ei olenenud selle kestusest, toimudes võrdselt nii suurema kui vähema kes-

tusega rühmades. Samuti ei sõltunud sünnikaalu taastumine ei ravi ega sünnituse kestusest, küll aga mõjutas operatiivne sünnituslõpe kaalu taastumist ebasoodsalt.

Mitmikutest esines toksikoosigrupis 26 paari kaksikuid, s. o. 3,8 %, kontrollrühmas 10 paari, s. o. 0,5 %. Morari (8), Naujoks (19) ja Tampan (20) täheldasid mitmikute esinemist toksikoosi korral 5 %, Seitz (21) — 3,86 %, Hendelmann (22) — 3,1 % ja Taylor (23) — 6 %. Füüsilistest näitajatest ilmneb, et toksikoosipuhused mitmikud ei ole kehalises arenemises maha jäänud normaalseist mitmikuist. Sünnikasvu suhtes oli märgata isegi vastupidist: kui pikkuseväärtustes kuni 47 sm prevaleerisid normaalsed mitmikud, siis alates 48 sm ja enam toksikoosiga mitmikud. Kõrvutades arenemiskäiku 1. elunädalal, kohtasime toksikoosiga kaksikute kaalu suuremat langust sagedamini kui kontrollrühmas, kaalu taastumine toimus neil aga soodsamalt.

Järeldused

1. Toksikoosi korral esineb laste üsasiseses arengus mahajäämus kehalistes näitajates võrreldes normaalsest tingimustes arenenud lastega, eriti ilmneb see sünnikaalus kui tundlikumas füüsilise arengu näitajas.

2. Toksikoos avaldab ebasoodsat toimet vastsündinute sünnitusjärgsele arengule esimestel elupäevadel — kaalu languse perioodil — võrreldes normaalsest vastsündinutega.

3. Toksikoos ei avalda ebasoodsat toimet vastsündinute sünnitusjärgsele arengule esimese elunädala lõpul, sünnikaalu taastumise perioodil, võrreldes normaalsest vastsündinutega.

4. Ladestustoksikoos on vastsündinu arengule kahjulikum kui tõeline toksikoos.

5. Loote ja lapse füsioloogilise arengu tagamiseks tuleb rasedate toksikoosi maksimaalselt vältida, tõhustades rasedate teenindamist.

KIRJANDUS

1. Широкинская О. Н. Ученые Записки II Московского Гос. Мед. Инст. им. Н. И. Пирогова. Том VIII, стр. 87, 1957. — 2. Гурьянова И. А. Ученые Записки II Московского Гос. Мед. Инст. им. Н. И. Пирогова, Том VIII, стр. 95. 1957. — 3. Dieckmann, W. J. Toxemias of Pregnancy, C. V. Mosby, St. Louis, 1952. — 4. Tunis, tsit. Sierig, E. Nervenarzt 9, S. 393, 1950. — 5. Reuss, tsit. Sierig, E. Nervenarzt 9, S. 393, 1950. — 6. Esch — tsit. Sierig, E. Nervenarzt. 9, S. 393. 1950. — 7. Liepelt, tsit. Sierig, E. Nervenarzt 9, S. 393, 1950. — 8. Morari, M. Archiv. Gynäkol. B. 189. S. 134, 1957. — 9. Röttger, H. Arch. Gynäkol. B. 189 S. 143, 1957. — 10. Dubrausky, v. und Ott, E. Geburtsh. u. Frauenheilk. 8, S. 376, 1952. — 11. Pilcz, tsit. Sierig, E. Nervenarzt 9, S. 393, 1950. — 13. Kyank, H. Taschenbuch für Hebammen, S. 253, 1959. — 13. Gavaillé, I., E. Orosz und I. Sera, Zbl. Gynäkol. 81 J.-gang, H. 18, S. 713, 1959. — 14. Pasamanick, B., Lilienfeld, A. M. und Rogers, M. A. J. Amer. Med. Assoc., 155, p. 719, 1954. — 15. Sierig, E. Nervenarzt 9, S. 393, 1950. — 16. Issmer, E. Arch. Gynäkol. B. 30. S. 277, 1887. — 17. Bickenbach, W. Biol. u. Path. des Weibes, B. 7, S. 165, Wien, Urban-Schwarzenberg, 1952. — 18. Rossier, A., Michelin, J. et Vallantin, C. Bull. Féderat. soc. gynécol. et obstétr., T. 5, 3, p. 288, 1953. — 19. Naujoks, H. et Schwenzer, A. W. Bull. Int. Gynécol. et Obstétr. Genève, p. 769, 1954. — 20. Tampan, R. K. K. and Thangam, M. J. Obstetr. and Gynecol. India, p. 167, 1954. — 21. Seitz, L. Biol. und Path. des Weibes, B. 8, S. 812, Wien, Urban-Schwarzenberg. 1952. — 22. Hendelmann, M. and Philippott, N. W. Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 63, p. 72, 1952. — 23. Taylor, E. St., Phalen, J. R. and Dyer, H. L. J. Amer. Med. Assoc. 141. 13, p. 904, 1949.

О РАЗВИТИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Х. Ялвисте

Резюме

Нами изучалось развитие новорожденных в первой неделе постнатальной жизни как при позднем токсикозе, так и при нормальном течении беременности. Анализу подверглись 330 женщин с токсикозом и 2000 при нормальной беременности (в качестве контрольной группы).

При токсикозе физические показатели новорожденных в качестве критерия внутриутробного развития указывали на ослабленное развитие по сравнению с нормальными детьми. Особенно рельефно отражалось отставание в весе ребенка, оказавшееся более чувствительным показателем. В росте и окружности головки встречались аналогичные отклонения, но в менее характерной мере. Данные индивидуальных отношений между ростом и весом также показывали, что рост новорожденных надо считать более стабильным показателем, чем вес. При более тяжелой форме токсикоза относительно доминировали более низкие физические показатели, а при длительной форме (с течением более 3—4 недель) наблюдалось отставание главным образом в весе, но в росте подобных колебаний не встречалось.

В дальнейшем мы исследовали убавление веса в первые дни жизни и его восстановление к концу первой недели. Было установлено, что токсикоз влияет на развитие новорожденных в первые дни жизни, так как в это время более значительное убавление веса наблюдалось гораздо чаще, чем в контрольной группе, и частота находилась в корреляции со сложностью клинической картины, но не с продолжительностью токсикоза или с длительностью времени лечения. Продолжительность родов не воздействовала отрицательно, оперативное вмешательство же вызывало задержку и развития новорожденных в период убавления веса.

Что касается веса тела, то в группе с токсикозами он восстанавливался к концу первой недели в 40%, а в контрольной — в 30% случаев. Токсикоз не проявлял отрицательного влияния на дальнейшее развитие новорожденных, за исключением случаев смерти в первые дни жизни. Следует отметить, что при более тяжелых формах токсикоза восстановление веса происходило даже чаще, чем при более легких формах, и не зависело от продолжительности токсикоза, от длительности лечения и родов; оперативное же вмешательство не способствовало восстановлению веса тела.

При комбинированном токсикозе особенно часто наблюдалось более интенсивное убавление и относительно редкое восстановление веса (меньше 25% случаев). Следовательно, комбинированный токсикоз в смысле развития ребенка имеет более отрицательный прогноз, чем истинный токсикоз.

MENSTRUATSIOONITSÜKLI MUUTUSTEST STRUUMA- JA TÜREOTOKSIKOOSIHAIGETEL

Arstiteaduse kandidaat K. GROSS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor V. Fainberg, ja Tartu Vabariiklikust Struumatõrje Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst V. Paškov)

Lähtudes praktilisest vajadusest hakkasime tegelema küsimusega, kas struuma- ning türeotoksikoosihaigetel kaasuvad muutused ovariaalses-menstruaalses tsükli ja generatiivses funktsioonis. Sel küsimusel on ka teine külg, ja nimelt, kas ei tule tervel real patsientidel, kes kannatavad menstruaaltsükli ja generatiivse funktsiooni häirete all, mõelda võimalikele muutustele kilpnäärme talitluses?

Meile kättesaadavas kirjanduses on mainitud küsimust suhteliselt vähe käsitletud ning üksikut autorite arvamused on erinevad. Üldiselt on teada, et kilpnäärme ning munasarjade talitluse vahel valitseb ilmne seos [B. Aschner jt. (6), N. Tsarikovskaja (1), J. Kvater (2), I. Havits (3) jt.]. Milliseid muutusi tingib kilpnäärme kõrgenenud talitus munasarjade talitluses, jääb käesoleva ajani lahtiseks.

Kilpnäärme hüperfunktsiooni korral on täheldatud menstruatsioonitsükli häireid [W. Föllmer (7), H. Aeppli (8), H. Lehr (9), S. Lesnoi (4), H. Schmid (10)], samuti esineb türeotoksikoosiga patsientidel oligo- ning hüpomenorröa, ka menstruatsiooni puudumine on võimalik. I. Havits on täheldanud türeotoksikoosiga türeotoksioositsükli häireid ning pikaajalist amenorröa. J. Kvater on täheldanud kilpnäärme kõrgenenud talitluse puhul menorraagiat, metropaatiat ja amenorröad. Huvipakkuv on J. Viktorovskaja ja A. Garagašjani töö (5). Mainitud autorid on uurinud infantiilse suguparaadiga naispatsiente vanuses 20—30 aastat ning täheldanud mainitud haigetel kilpnäärme talitluse kõrgenemist.

Käesoleva töö otseseks eesmärgiks oli jõuda selgusele alljärgnevas:

a) kas struuma- ja türeotoksikoosiga haigetel on menstruatsioonitsükli muutused seotud haigestumisega ning milline iseloom neil on;

b) kas mainitud haigetel esinevad muutused generatiivses funktsioonis?

Lähtudes antud eesmärgist viidi läbi Tartu Vabariiklikus Struuma-tõrje Dispanseris uurimisel ja ravil viibinud 218 struuma- ja türeotoksikoosiga küsitlus ning günekoloogiline läbivaatus. Vaatlusalused patsiendid olid 20—40 aasta vanused ning neil ei esinenud muid üldisi ega günekoloogilisi haigestumisi, mis võiksid põhjustada häireid ning normist kõrvalekaldumisi ovariaalses-menstruaalses tsükli.

Diagnoosi täpsustamiseks uuriti haigeid mitmekülgsest. Kõigile tehti kilpnäärme funktsiooni proov radioaktiivse J^{131} -ga ning määrati põhiainevahetus Holdane'i järgi. Kilpnäärme funktsiooni määramisel manustati radioaktiivset J isotoopi J^{131} — 2 mC per os ning määrati kilpnäärme radioaktiivse joodi sisaldus 1, 3, 6 ning 24 tunni möödumisel. Määraja viidi vahetult kilpnäärme piirkonna nahale. Diagnoosimisel äratas tähelepanu radioaktiivse joodi neeldumise kiirus kui ka neeldumise suhtelised, protsentuaalsed väärtused.

Lõpliku diagnoosi määramisel lähtuti mitmekülgse uurimise tulemustest. Nii diagnoositi 218-st uuritud haigest eutüreoidne struuma 55 haigel ja kilpnäärme hüpertüreoset seisundit 163 haigel. Primaarne türeotoksikoos (Basedowi vorm) esines 45 juhul, sekundaarne türeotoksikoos 113 juhul. Struuma- ning türeotoksikoosiga haigete klassifitseerimine toimus prof. Nikolajevi klassifikatsiooni järgi.

Analüüsides töö tulemusi selgus, et menstruatsioonitsükli muutusi seoses kilpnäärme haigestumisega võis vaatlusalusest 218 patsiendist täheldada 118-l, seega rohkem kui pooltel haigetest (vt. tabel 1).

Tabel 1

Menstruatsiooni muutused struuma- ning türeotoksikoosiga haigetel

Muutuse iseloom	Struuma (55)	Primaarne türeotoksi- koos (45)	Sekundaarne türeotoksi- koos (118)	Kokku (218)
Menstruatsioon puudub	2	4	4	10
Menstruatsioon on vähenenud	20	21	41	82
Menstruatsioon on rohkenenud	3	—	7	10
Menstruatsiooni vaheajad on korrapäratud	2	2	12	16
Kokku	27	27	64	118
%	49,1 ± 3,7	60,0 ± 3,3	54,2	54,1

Prevaleerusid muutused menstruatsiooni vähenemise suunas, nii erituvate verehulga kui ka menstruatsiooni kestuse osas, menstruatsioonitüüpi hüpomenorröa, oligomenorröa ning hüpo-oligomenorröa. Mõningatel juh-

tudel esines ebakorrapärane menstruatsioon — opsomenorröa. Teisene amenorröa esines 10 patsiendil. Ainult 10 patsiendil täheldati verehulga vähest suurenemist seoses haigestumisega, kusjuures menstruatsioon jäi normi piiresse. Ebakorrapäraste vaheaegadega menstruatsiooni täheldasid 16 haiget.

Huvitav on märkida, et menstruatsioonitsükli muutusi ei esinenud mitte üksnes türeotoksikoosiga haigetel, vaid ka patsientidel, kellel diagnoositi eutüreoidset struumat. Muutuste sagedust üksikutes vaatlusalustes rühmades eraldi vaadeldes võib täheldada selle teatavat ülekala patsientidel, kel diagnoositi türeotoksikoosi, eriti primaarset türeotoksikoosi. Vaadeldes teisese menstruatsiooni puudumist (raskemat kõrvalekaldumist normist) üksikutes rühmades ilmnes primaarse türeotoksikoosi haigete ülekaal.

Kilpnäärme haigestumise ning muutuste ilmnemise aja vahet menstruatsioonitsükli lähemalt analüüsides näeme, et mainitud muutused ilmnevad (õigemini patsient hakkab neid märkama) alles mõni aasta hiljem kui kilpnäärme haigestumist iseloomustavaid haigusnähte. Harvemini ilmnesid muutused ühel ajal kilpnäärme haigestumisele iseloomulike häiretega. Üsikutel juhtudel eelnesid menstruatsioonitsükli muutused eespool mainitud häiretele.

Suhteliselt sageli, 25 (11,5%) juhul uuritavatest haigetest, võis täheldada sigimatust. Tuleb märkida, et 44 vaatlusalust patsienti olid vallalised. Nii diagnoositi primaarset steriilsust 11 juhul ning sekundaarset steriilsust 14 juhul (vt. tabel 2). Esmase steriilsuse diagnoos püstitati juhtudel, kus üle 3 aasta abielus olnud patsient ei rasedunud, kusjuures rasedust ei välditud. Teisene steriilsuse diagnoos asetati juhtudel, kui patsient oli rasedunud ja sünnitanud, kuid hiljem enam ei rasedunud aastate vältel, vaatamata sellele, et rasedust ei välditud ega günekoloogilisi haigusi ei esinenud.

Tabel 2

Sigimatuse esinemise sagedus struuma- ja türeotoksikoosiga haigetel

Diagnoos	Sigimatus		
	esmane	teisene	kokku
Struuma (55)	1	—	1
Primaarne türeotoksikoos (45)	6	5	11
Sekundaarne türeotoksikoos (118)	4	9	13
Kokku (218)	11 (5,0%)	14 (6,4%)	25 (11,5%)

Analüüsides steriilsuse esinemise sagedust vastavalt töös uuritavate haigete rühmitustele nõuab tähelepanu asjaolu, et nii esmase kui ka teisese türeotoksikoosiga isikutel täheldasime steriilsust sagedamini kui haigetel, kel diagnoositi eutüreoidset struumat. Nii täheldati 163-l primaarse ning sekundaarse türeotoksikoosiga patsiendil steriilsust 21 juhul, 55-l eutüreoidse struumaga haigel ainult 1 juhul. Huvitav on ilmne seos teisese lastetuse ning kilpnäärme haigestumise vahel.

Käesolevas töös vaadeldi ka iseeneslike abortide sagedust uuritavatel haigetel. Iseeneslike abortide esinemise sagedust nendel haigetel tuleb pidada küllalt kõrgeks. Nii võisime täheldada 13 patsiendil enamasti korduvaid aborte pärast eelnenud normaalseid sünnitusi. 55-l eutüreoidse struumaga isikul täheldati iseeneslikke aborte ainult ühel juhul. Primaarse ning sekundaarse türeotoksikoosiga haigetel (kokku 163 isikut) esines iseeneslikke raseduse katkemisi 12 haigel. Prevaleeruvad iseeneslikud

abordid raseduse varases järgus (II—III raseduskuul). Nagu lastetuse puhulgi on ka siin ilmne seos kilpnäärme haigestumisega.

Eeltoodust selgub, et nii struuma- kui ka türeotoksikoosihaigetel kaasuvad sageli muutused ovariaalses-menstruaalses tsükli, mis oma iseloomult viitavad munasarjade alatalitlusele (hüpo-, oligo-, opso- ja amenorröa; steriilsus, iseeneslikud abordid). Ovariaalse funktsiooni häired ilmnevad suhteliselt sagedamini türeotoksikoosihaigetel, eriti Basedowi haigust põdejatel.

Lähtudes eelpoolmainitust tuleb günekoloogidel ovariaalse-menstruaalse tsükli häirete diagnoosimisel mõelda samaaegsele kilpnäärme haigestumise võimalusele eriti siis, kui need viitavad ovariaalsele alatalitlusele.

Millistest ajenditest lähtuvad muutused genitaalsfääris struuma- ning türeotoksikoosihaigetel, see vajab edaspidist uurimist ning täpsustamist.

KIRJANDUS

1. Цариковская Н. Г. Современные вопросы физиологии и патологии эндокринных желез. Харьков, 1959, стр. 174—175. — 2. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., 1956, стр. 91. — 3. Хавич И. Б. Руководство по клинической эндокринологии. Под ред. проф. Е. А. Васюковой, М., 1958, стр. 30. — 4. Лесной С. К. Руководство по клинической эндокринологии. Под ред. проф. Е. А. Васюковой. М., 1958, стр. 242—245. — 5. Викторова Е. Н., Гарагамян А. А. X Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. Тезисы докладов. М. 11—18 VII 1957, стр. 125—129. — 6. Aschner, B. Halban, J., Seitz, L. Biologie und Pathologie des Weibes. I B. S. 694—706. Berlin-Wien. 1924. — 7. Föllmer, W. Archiv für Gynäkologie. B. 183. 299—301. 1953. — 8. Aepli, H. Gynaecologia. vol. 137. 1. 238—241. 1954. — 9. Lehr, H. Archiv für Gynäkologie B. 181. 689—691. 1952. — 10. Schmid, H. Zbl. Gynäk. 24. 938—939. 1957.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У БОЛЬНЫХ ЗОБОМ И ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

К. Гросс

Резюме

Проведено гинекологическое обследование 218 больных в возрасте от 20 до 40 лет, находившихся на лечении в Тартуском республиканском противозобном диспансере по поводу различных патологических состояний щитовидной железы. У них не наблюдалось других общих или гинекологических заболеваний, которые могли бы явиться причиной нарушения овариально-менструального цикла.

Эутиреоидный зоб был диагностирован в 55 случаях; гипертиреозное состояние обнаружено в 163 случаях, причем первичный тиреотоксикоз был установлен в 45, а вторичный — в 118 случаях.

Выяснилось, что у 118 из обследованных больных наблюдались изменения менструального цикла. Чаще всего можно было установить менструации типа гипо-, олиго-, опсоменорей и сравнительно часто вторичную аменорею.

Однако изменения менструального цикла наблюдались и у женщин с эутиреоидной струмой.

У обследованных больных сравнительно часто наблюдались бесплодие и самопроизвольные аборт в ранние сроки беременности.

На основании наших наблюдений можно предположить у больных зобом и тиреотоксикозом гипофункцию яичников, особенно при тиреотоксикозе.

Характер указанных изменений нуждается еще в дальнейшем изучении.

Ajakirja «Акушерство и гинекология» 1958. a. 5. numbris (lk. 35—37) ilmus D. Novitski artikkel raseduse varasest määramisest joodreaktsiooni abil, mida hakkasime rakendama Kingissepa haiglas. Kuna rajoonihaigla tingimustes ei ole võimalik teostada bioloogilisi rasedusreaktsioone katseloomade puudumisel ja ka hormoonide määramine on laboratoorselt keerukas, leidsime selles meetodis küllatki tõhusa abinõu.

Artikli autor dotsent D. Novitski märgib, et juba 1939. a. soomlased Simola ja Närvänen võtsid kasutusele rasedatel joodi värvusreaktsiooni uriinis. See seisneb selles, et uriinile lisati joodilahust seni, kuni see võttis püsiva tumeda kollaka värvuse, siis keedeti uriini mõni sekund ja lisati veel mõni milliliiter butüül- või amüülalkoholi. Positiivse reaktsiooni korral tekib värvusreaktsioon, roosakasvioletsest kuni tumepunakani. Negatiivse reaktsiooni korral jääb värvus muutumatuks.

1950. aastast alates on mitu autorit seda reaktsiooni modifitseerinud ja on saanud erinevaid tulemusi, kusjuures positiivseid reaktsioone rasedail on saadud 98,5% kuni 54,3%. Enamasti võeti puhast, hommikust uriini, mis andis selgemaid ja täpsemaid tulemusi. Mõnede autorite järgi (Schaible ja Schlüren) oli reaktsioon positiivne ka meeste uriinis (isegi kuni 37%) ja mitterasedail naistel (13,8% — Pydzik ja Wenclewski järgi ja kuni 24% Gro järgi).

Baumi arvates ei etenda selles reaktsioonis osa hormoonid ega histidiin ja histamiin. Guyot ja Isoard omistavad selles reaktsioonis tähtsust adrenaliinile ja selle laguproduktidele, leides, et kui negatiivsele proovile lisada adrenaliini, noradrenaliini, aleudriini või adrenaliini koos C-vitaamiiniga, siis muutub proov positiivseks.

Hakkasime kasutama reaktsiooni järgmiste kindlate või oletatavate diagnooside korral: *Graviditas ectopica*; *abortus imminens* et *incipiens*; *graviditas?*; *emesis gravidarum*; *missed abortion*; *mola hydatidosa*?

Selleks võtsime kateetriga paarkümmend milliliitrit hommikust uriini puhtasse (keedetud) pudelikesse. Kuna reaktsioon peaks toimuma happelises uriinis, siis määrasime enne indikaatori broomtümoolsinise 0,4%-lise lahuse abil keskkonna ja lisasime vajaduse korral happelise keskkonna saavutamiseks mõne tilga 30%-list äädikhappe lahust. Edasi lisasime joodi 5%-list piirituslahust, kuni püsiva tumekollaka värvuseni (kange tee värvus), siis soojendasime seda kas vesivannis 1 minut või ettevaatlikult piirituspõletil. Positiivse tulemuse korral tekkis roosakas-violetne või tumepunane värvus. Negatiivse reaktsiooni korral uriini värvus ei muutunud.

Kuni 1960. a. jaanuarikuuni teostasime joodreaktsiooni 71 juhul, mille tulemusi näitab tabel.

Diagnoos	Uuritute arv	Positiivne	Nõrgalt positiivne või kahtlane	Negatiivne
<i>Graviditas ectopica</i>	12	5	4	3
<i>Abortus imminens</i> (et <i>incipiens</i>)	8	6	1	1
<i>Graviditas</i> (seu <i>graviditas?</i>)	25	20	2	3
<i>Emesis</i> (seu <i>hyperemesis gravidarum</i>)	23	16	1	6
<i>Missed abortion</i>	2	—	—	2
<i>Mola hydatidosa</i>	1	1	—	—

Tuleb märkida, et algul saime negatiivseid vastuseid seal, kus oli oodata positiivseid, ja samuti andis laboratoorium meile vastuse «kahtlane» või «nõrgalt positiivne» juhul, kui nendel reaktsiooni hindamine oli

veel võõras. Praktiliselt tähtsust omasid joodreaktsiooni vastused diagnoosi täpsustamisel emakavälise raseduse korral. Kolme negatiivse juhu puhul oli tegemist munajuha ruptuuriga, kusjuures menstruaatsioon oli «hilinenud» 8—11 päeva. Nendel haigetel oli aga kliiniline pilt küllaltki raske üldseisundi juures võrdlemisi selge. Suurem negatiivsete juhtude arv raseduse ja rasedusoksensuse korral oli arvatavasti tingitud sellest, et alustasime kõigepealt reaktsiooni teostamist sellisel kontingendil. Usutavad vastused saadi ka peetunud raseduse korral, mille puhul teostati hiljem abraseerimine.

Järeldused

1. Uriini joodreaktsioon on tõhus laboratoorne abinõu bioloogilise rasedusreaktsiooni asendajana varase raseduse diagnoosimisel (näit. pakside kõhuseintega naisel subjektiivsete rasedustunnuste puudumisel jne.).

2. Joodreaktsiooni saab kasutada abivõttena emakavälise raseduse kindlakstegemisel või selle diagnoosi ümberlõkkamisel.

3. Soovitav on võtta reaktsiooniks hommikust kateeteruriini puhastasse pudelisse, kusjuures enne tuleb hoolikalt puhastada ka ureetra ava.

4. Uriini joodreaktsioon on oma lihtsuse tõttu rakendatav igas raskus- ja isegi jaoskonnahaiglas.

ПРИМЕНЕНИЕ ЙОДНОЙ РЕАКЦИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

К. Вайн

Резюме

В Кингисеппской больнице йодная реакция по Д. Новицкому применялась в 71 случае и явилась эффективным методом для определения ранней беременности. Наши наблюдения показали, что йодная реакция может вполне заменить биологическую.

Йодную реакцию как простой метод определения беременности можно с успехом применять в любых районных и даже в участковых больницах.

KAASASÜNDINUD KAKSTEISTSORMIKSOOLE SULGUSE OPERATIIVSEST RAVIST *

Arstiteaduse kandidaat *I. FREIBERG*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Kaasasündinud atreesiad ja stenoosid sooltes kuuluvad kaunis harva esinevate väärarengute hulka; keskmiselt täheldatakse neid 1 kord 20 000 sünni kohta, kusjuures 83—95% juhtudest esineb sulgus peensooles, eriti selle algosas. Viimaste aastateni on need väärarengud kuulunud raskeimate hulka laste kõhuõõne kirurgias, põhjustades peaaegu 100% suremuse.

Esimestest elupäevadest alates tekib oksendamine, dehüdratsioon, kõhetus ja vahel kaasneb sellega umbselt lõppeva sooleosa perforatsioon.

* Ettekanne Tallinna Vabariikliku Haigla teisel teaduslikul konverentsil 1959. a. novembris.

Kui ei osutata kirurgilist abi, järgneb surm enamusel lastest esimesel elunädalal, harva 10.—12. päeval. Ka kirurgiline ravi annab kõrgeletaalsuse, kuid see on ainsaks vastsündinu elu päästmise võimaluseks. Kuigi teoreetiliselt on olemas täiesti selge vahe atreesia (soolevalendiku täieliku sulguse) ja stenoosi (ahenemise) vahel, ometi on praktiliselt sageli raske eristada neid seisundeid teineteisest, kuna nad põhjustavad analoogilisi haiguspilte. Eriti on see kehtiv stenooside kohta, mil soolevalendiku ava on väga väike. Seepärast ühendatakse mõlemad väärarengud sageli kaasasündinud soole sulguse nime all. Embrüoloogiliselt on nii atreesia kui ka stenoosi tekkemehhanism ühesugune, nad kujunevad 5. ja 10. nädala vahel looteas. Enne 5. lootenädalat esineb selgelt kujunenud soolevalendik, pärast seda aga täheldatakse kiiret epiteeli vohangut, mis muudab läbimatuks seedetrakti pülorusest kuni ileotsökaalpiirkonnani. Sellele arenemisetapile järgneb vakuoolide teke ning 12. nädalaks tekib uus lõplik valendik.

Soole arengu seisak 2.—3. lootekuul põhjustab kas atreesia või stenoosi. Kaksteistsörmiksoole sulguse põhjusi jaotavad paljud autorid (J. Madden ja W. McKann, Eek Avidon) välisteks ja sisemisteks, oleneb sellest, kas soolevalendik on kinni surutud väljastpoolt (liited, anomaalselt asuvad veresooned) või on sulgus tingitud sooles asuvast täielikust või mittetäielikust *septum*'ist. Sool võib lõppeda ka umbselt, olles ühenduses distaalsemate sooleosadega kas fibroossete väärtide abil või puudub selline side täiesti. Vahel täheldatakse ka multiipelseid atreesiaid ning soolesulguse kombineerumist teiste väärarengutega.

Sulgusele proksimaalselt asuv sooleosa on tunduvalt laienenud, selle läbimõõt võib ulatuda 3—4 sm-ni. Seoses sellega õheneb soolesein ja lokaalne verevaegus võib põhjustada nekroosi järgneva perforatsiooni ja peritoniidiga.

Sulgusest distaalsel asuv sooleosa on vähe arenenud, kollabeerunud, läbimõõdult 4—6 mm suurune, valendikus ei leidu gaasi, vaid ainult vähesel hulgal lima ja deskvameerunud epiteelrakke. Praktilist tähtsust omab mekooniumi mikroskoopiline uurimine, kuna atreesia puhul selles puuduvad amniotilise vedeliku koostisosad — *vernix caseosa*, mida normaalsed vastsündinud neelavad emaisasiseselt ja milline sulguse tõttu ei saa väljuda soolest (Farberi proov).

Kliiniliselt väljendub kaksteistsörmiksoole sulgus enamasti esimesest elupäevast. Vastsündinud muutuvad tavaliselt rahutuks juba esimese elupäeva lõpul või teise algul, magavad vähe, ilmuvad röhatused ja peagi oksendamine. Algul sisaldavad oksemassid peamiselt kalgendumud piima, hiljem nende hulk suureneb ning piimaga kaasneb suuremal või vähemal määral sapp. Mõnedel lastel täheldatakse oksemassides ka verd alates 3.—4. päevast, mis on seostatav tekkinud K-avitaminoosiga (Avidon). Neil võib väljuda veri ka roojaga, simuleerides normaalset mekooniumi-istet. Kaksteistsörmiksoole sulguse puhul võib erituda väheselt mekooniumi alumistest seedetrakti osadest, vahel aga puudub see täiesti, asendudes kollakalt värvunud limaga. Stenoosi puhul eritub väikestes hulkades rooja.

Sageli tekib ülemise kõhuosa puhitus nähtava peristaltikaga epigastriumis. Pärast korduvat oksendamist võib aga kõht olla ka sisse tõmbunud. Urineerimine muutub harvaks. Lapsed düstofeeruvad ja dehüdreeruvad kiiresti, muutuvad loiuks, nahaturgor langeb. Sageli täheldatakse ka mõõdukat temperatuuri tõusu, mis on osalt seostatav dehüdratsiooniga. Kõrge temperatuur kaasneb alati soole perforatsiooni ja peritoniidiga.

Vastsündinute kliiniline jälgimine esimestel elupäevadel võimaldab diagnoosida või kahtlustada soolesulgust. Olulist tähtsust diagnoosi täpsustamisel omab aga röntgenoloogiline uurimine kontrastainega ja selleta.

Tühiülesvõttel sedastatakse iseloomulikku pilti: vasemal pool kõhus on näha tunduvalt laienenud magu suure horisontaalse vedeliku nivooga, maopõhi ulatub vahel vaagnani. Paremal pool täheldatakse teist laiinenud õönt vedeliku ja gaasiga selle kohal, enamasti veidi väiksemamõõdu- list kui vasakul, mis vastab kaksteistsõrmiksoolele.

Sellise röntgenoloogilise pildi puhul on meil tegemist kaksteistsõr- miksoole atreesiaga ja baariumi kasutamine pole paljude autorite järgi enam soovitatav, kuna see ainult süvendab niigi raske mehaanilise sulguse seisundit. Kui on aga tegemist stenoosiga, on näidustatud baariumi manustamine vedela lahusena, kusjuures on tingimata vajalik see eemal- dada mao uurimise lõppedes. Vedel kontrastaine lahus antakse sisse rin- napiimaga. Lapse pööramisel uurimise ajal küljele on selgesti näha baa- riumi vaba voolu maost püloruse kaudu kaksteistsõrmiksoolde ja tagasi. Kui tunni möödumisel ei täheldata kontrastaine liikumist distaalsema- tesse sooleosadesse, on tegemist täieliku sulgusega. Kui aga nimetatud ajavahemiku järel on näha vaid üksikuid kontrastaine laike peensooltes, seoses ülaltähendatud kliinilise pildiga, viitab see kaksteistsõrmiksoole stenoosile ning on näidustatud kohene operatiivne ravi. Ainsaks põhju- seks operatsiooni edasilükkamiseks on vastsündinu tugev hüpotroofia ja dehüdratsioon. Neil juhtudel on vajalik lapsi ette valmistada operatsio- niks umbes mõne tunni vältel, teostades veenisiseseid vedelikkude tilküle- kandeid koos vitamiinidega, vere ja plasma infusioone ning korduvaid mao ja kaksteistsõrmiksoole sisu evakuaatioone. Kaksteistsõrmiksoole sulguse ravi on ainult operatiivne.

Suremus operatiivse ravi korral on samuti väga kõrge, kuid mida varem diagnoositakse ja opereeritakse kaasasündinud kaksteistsõrmiksoole sulgusega lapsi, seda suuremad on lootused nende vastsündinute elu pääst- miseks. Opereerida tuleb igal juhul, ka siis, kui väljavaated edukale hai- guskulule on minimaalsed. Surma põhjuseks on sagedamini proksimaalse sooleosa perforatsioon järgneva peritoniidiga ja üldine intoksikatsioon.

Hoolikas preoperatiivne ettevalmistus suurendab paranenud laste arvu. Makku tuleb viia peen kummikateeter, mille abil aspireeritakse maosisu. See vähendab oksendamist ja sellega kaasnevaid kopsutüsistusi, mis on sageli surma põhjuseks. Vajalik on manustada parenteraalselt rohkesti vedelikke, parimaks osutub intravenoosne viis *venuesectio* kaudu. Sama kanüül jäetakse veresoone ka operatsiooni ajaks, mil on võimalik teostada vereülekannet. Näidustatud on vitamiinide andmine, eriti vita- miin K manustamine, et vältida verejookse. Operatsiooni ajal on oluline hoida imikut soojuskaost, milleks asetatakse soe kott lapse alla.

Tuimastuseks kasutatakse peamiselt infiltratsioonanesteasiat 0,25% novokaiinilahusega, lisades sellele mõne tilga eetrit, kui soolte reponeeri- misel esineb raskusi.

Enamik autoreid soovitab paremat transrektaalset löiget, mille kesk- koht asub umbes naba kõrgusel ja mis võimaldab hea ülevaate saamist. Ka kesklõige loob häid tingimusi kõhuõõneelundite revisjoniks, paraneb aga paljude autorite andmetel halvemini kui lihaslõige. Kõhuõõnes lei- dub tavaliselt mõõdukal hulgal seroosset vedelikku. Kui vedelik on aga hägune ja vinav, tuleb mõelda soole perforatsioonile ja kõigepealt sulgeda mulgustumisava, et vältida kõhuõõne edasist infitseerumist. Scoleosad, mis asuvad sulgusest proksimaalsemalt, on alati tunduvalt laienenud ja väga õrnade seintega, distaalsed soolelingud aga kokkulangenud, tühjad. Oluline on kontrollida kogu seedetrakti, kuna atreesiad võivad esineda multiipelsetena ning nendega võivad kaasneda ka teised väärarengud, mis tuleb kõrvaldada operatsiooni ajal. Valikoperatsiooniks kaks- teistsõrmiksoole sulguse korral on duodeeno-jejuuno-anastomoos kül- küljega 2-kihilise õmblusega. Varem soovitatud operatsioonid anomaalia

endal, nagu *septumi* avamine ülalt- või altpoolt atreesiat, end enamasti ei õigusta ja on tänapäeval peaaegu täiesti kõrvale jäetud. Anastomoosid ots-otsaga pole näidustatud, kuna proksimaalsete ja distaalsete soolelingude lähimõõdud on liiga erinevad, mis põhjustab tehnilisi raskusi ning sageli anastomoosi puudulikkust.

Kui sulgus asub kaksteistsõrmiksooles ülalpool *papilla Vateri*, teostatakse gastroenteroanastomoos; kui allpool — duodeeno-jejuuno-anastomoos, mis annab paremaid tulemusi.

Patsiendi edaspidisele saatusele on väga oluline postoperatiivne hooldamine ja ravi. Magu tuleb tühjendada korduvalt või jätta makku püsiv kateeter kuni väljub sapisegast eritust ja kestab oksendamine. Parenteraalseid vedelikuülekandeid ja vere ning plasma infusioone kasutatakse 7—10 päeva vältel. Suu kaudu toitmist alustatakse äärmiselt ettevaatlikult mitte enne 3. päeva, kui see ei tekita oksendamist. Toidetakse fraksioneeritult, suurendades rinnapiima hulka väga aeglaselt. Rohkesti manustatakse ka vitamiine ja profülaktiliselt antibiootikume, et vältida infektsiooni nii kõhuõõne poolt kui ka kopsudes. Olulist tähtsust omavad klistiirid, mida tehakse 2—3 korda päevas, et laiendada distaalselt anastomoosile asuvaid sooleosi.

Tallinna Vabariiklikus Haiglas on viimase 6 aasta vältel esinenud kaasasündinud kaksteistsõrmiksoole sulgusi 6 lapsel, neist 3 atreesiat ja 3 stenoosi. Täieliku sulguse põhjustasid ühel lapsel liited, mis surusid kinni kaksteistsõrmiksoole valendiku, ning kahel lapsel esines kaksteistsõrmiksooles vahesein. Stenoos oli tekkinud kahel juhul liidetest ja ühel juhul esines mittetäielik *septum* soolevalendikus. Kõigil neil lastel täheldati mao ja kaksteistsõrmiksoole proksimaalse osa laienemist. Ühel lapsel esines ka samaaegselt atreesiaga kogu soolestiku väärareng — *mesenterium commune*. Kliinilistest sümptoomidest oli esikohal alates 1.—3. elupäevast oksendamine, muutudes pidevalt ägedamaks. 4.—6. päeval lisandus kõrgeenenud temperatuur kahel lapsel. Atreesia puhul oli kahel lapsel väga vähene iste, ühel lapsel see puudus täiesti. Ühel korral stenoo-siga lapsel eritus roojaga verd.

Kõigil lastel täheldati iseloomulikku röntgenoloogilist leidu: magu ja kaksteistsõrmiksool olid laienenud ja kontrastaine kas ei läbinud kaksteistsõrmiksoolt üldse või ainult väikestes hulkades, aeglustunult.

Kõik kaksteistsõrmiksoole atreesiaga lapsed opereeriti 4.—7. päeval pärast ettevalmistust operatsiooniks (vedelike ülekanded, vere ja plasma infusioonid). Operatsioon teostati kõigil kohaliku tuimastusega (0,25% novokaiinilahusega, ühel korral lisati eetrit), ülemise kesklõikega ja samaaegse vereülekandega. Ühel lapsel teostati *adhaesiolysis*, ühel — *duodenojejuuno-anastomosis*, ühel — *duodenotomia*.

Ühel lapsel järgnes surm 7 tundi pärast operatsiooni (duodenotoomia). Kaks last tervenesis. Ühel neist tekkis tüsistusena 1,5 kuu vanusel liiteline strangulatsioon-iileus. Korduva operatsiooni järel laps paranes.

Kaksteistsõrmiksoole stenoosiga lapsi opereeriti 21 päeva, 3 kuu ja 4 kuu vanuselt tugevasti väljakujunenud hüpotroofia või täieliku atroofia seisundis. Ka neil lastel teostati vedelike ülekandele operatsioonieelselt ja vereülekannet operatsiooni ajal. Tuimastuseks kasutati 0,25% novokaiinilahust ja eetrit, lõige oli kõigil ülemine kesklõige. Ühel lapsel teostati liidete vabastamine ja *dissectio duodeni* järgneva ristõmb-lusega. Postoperatiivne kulg oli raske, laps põdes läbi pneumoonia. Järgnes paranemine 2 kuu pärast. Kahel lapsel tehti *gastro-entero-anastomosis posterior*; üks neist suri 20 tundi pärast operatsiooni. Teine laps paranes pärast operatsiooni, kuid tüsistusena tekkisid korduvad abstsessid, septitseemia, pneumoonia, esines täielik atroofia. Laps suri 5 kuud hiljem pneumooniasse, kusjuures anastomoos funktsioneeris laitmatult.

Prognosis on alati väga tõsine. Surma põhjuseks on sagedamini peritoniit, pneumoonia, düstroofia ja intoksikatsioon. Prognoosi raskendab veel asjaolu, et osa lapsi on enneaegsed ja neil esineb mitmeid väärarenguid. Sellest hoolimata on viimastel aastatel kirjeldatud üha rohkem tervistumisi, kusjuures lapsed arenevad edaspidi täiesti normaalselt.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. Фрейберг

Резюме

Врожденные атрезии и стенозы двенадцатиперстной кишки являются относительно редкими пороками развития, возникающие в первые месяцы внутриутробной жизни.

Своевременное оперативное вмешательство — единственная надежда сохранения жизни новорожденного, страдающего непроходимостью кишечника. Необходима правильная подготовка новорожденных к оперативному вмешательству, причем внутривенное вливание жидкостей с витаминами, плазмы и крови и повторная эвакуация содержимого желудка являются особенно важными. Наложение анастомоза между двенадцатиперстной кишкой или желудком и тонкой кишкой бок в бок считается методом выбора.

Первым клиническим симптомом является неукротимая рвота, которая появляется в первые дни жизни ребенка. Вскоре присоединяются все признаки механической непроходимости кишечника. Диагностика данного порока развития вислне возможна при тщательном наблюдении за новорожденным, причем важное место занимает рентгенологическое исследование с контрастным веществом и без него.

За последние 6 лет врожденная дуоденальная непроходимость наблюдалась в хирургическом отделении Таллинской республиканской больницы 6 раз, причем у 3 новорожденных отмечалась полная атрезия и у 3 — стеноз двенадцатиперстной кишки. Клиническая симптоматология была у всех типичная, рентгенологическое исследование выявило характерную картину. Все новорожденные были оперированы: при атрезиях двенадцатиперстной кишки — на 4—7 день жизни, при стенозах — в 3-недельном, 3 и 4-месячном возрасте. Обезболивание было местное с добавлением малого количества эфира при зашивании брюшной полости в 2 случаях. Разъединение спаек произведено у двух больных, рассечение перегородки — у одного, гастроэнтероанастомоз — у двух и дуоденоюноанастомоз — у одного ребенка. У всех детей проводилась энергичная парентеральная терапия до и после операции с одновременным применением антибиотиков, сердечных средств, витаминов и отсасыванием желудочного содержимого. После операции при атрезии двенадцатиперстной кишки умер один ребенок и выздоровели двое, хотя у одного из них возникла повторная спаечная непроходимость в полутора-месячном возрасте, которая была успешно оперирована.

При стенозе один ребенок умер непосредственно после операции и один — 6 месяцев спустя от септицемии и пневмонии, причем анастомоз функционировал безукоризненно. Один ребенок выздоровел и развивается в дальнейшем нормально.

Прогноз при врожденной дуоденальной непроходимости всегда очень серьезный. Причиной смерти чаще всего перитонит, пневмония, дистрофия и интоксикация. Непременным условием для дальнейшего улучшения результатов оперативного лечения являются повышение качества диагностики и совершенствование хирургической техники.

TÜMPANOPLASTIKAST SEOSSES KESKKÕRVA RADIKAALOPERATSIOONIGA

E. LAAMANN ja arstiteaduse kandidaat V. SÄRGAVA

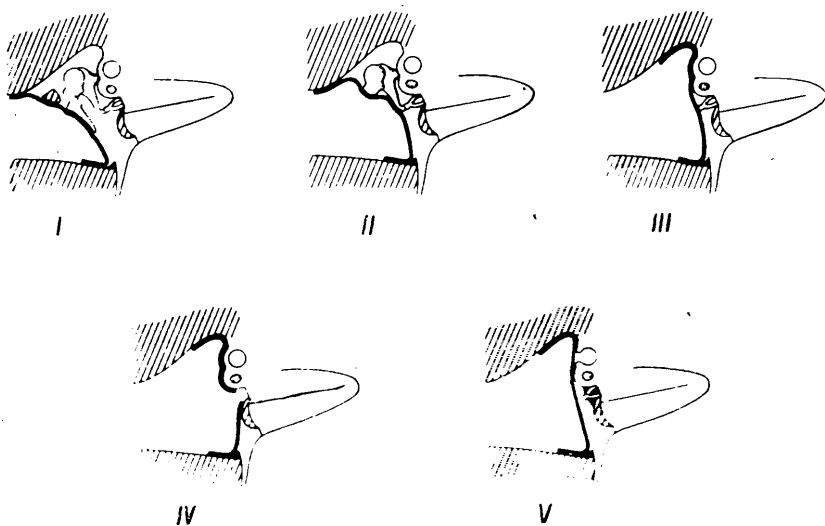
(Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Siirde*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Keskkõrva radikaaloperatsiooni teostamisel kroonilise mädase otiidi puhul lähtuti kuni viimase ajani vajadusest likvideerida mädakolle. Eesmärgiks seati koljusiseste komplikatsioonide kõrvaldamine või nende vältimine. Kuulmisfunktsiooni parandamise võimalusele ja vajadusele ei osu-

tatud erilist tähelepanu. Sellele, et kuulmine pärast radikaalset operatsiooni ei paranenud, vaid mõnikord isegi halvenes, vaadati kui paratamatusele.

Viimaste aastakümnete kogemused on näidanud, et mitmesuguste mikrokirurgiliste operatsioonide abil saab kahjustatud helijuhteaparaati suuremal või vähemal määral ennistada. Arenes uus otoloogia haru — taastav ehk restaureeriv kõrvakirurgia. Siia kuulub otoskleroosi puhul rakendatava fenestratsioonioperatsiooni ja *stapes*'e mobilisatsioonioperatsiooni kõrval tümpanoplastika kroonilise mädase otiidi ja selle järelseisundite korral [Wullstein (31, 32), Zöllner (33, 34), Moritz (29), D. Rutenburg (18, 19), I. Rosenfeld (15, 16) jt.].

Tümpanoplastika mõiste hõlmab erinevaid kirurgilisi võtteid ja meetodeid, seepärast soovitab D. Rutenburg (18) kasutada järgmist nomenklatuuri: 1) müringoplastika — kuulemekile perforatsiooni sulgemine transplantaadi abil, toimub kuulemekäigu kaudu, 2) atikoantrotoomia koos tümpanoplastikaga, mida kasutatakse peamiselt adhesiivsete keskkõrvaprotesside ja piirdunud epitümpaniitide puhul, 3) keskkõrva radikaaloperatsioon koos tümpanoplastikaga mädaste epi- ja mesotümpaniitide puhul.



Joon. 1. Tümpanoplastika variandid Wullsteini järgi.

Tümpanoplastika eesmärgiks on taastada kahjustatud helijuhtesüsteem ja koos sellega parandada kuulmist. See on võimalik ainult siis, kui sisekõrva funktsioon on suhteliselt hästi säilinud ja kuulmishäire põhjus peitub peamiselt keskkõrvas. Seepärast on vaja üldise ja erialase kliinilise uurimise kõrval eelkõige kuulmisseisund audiomeetriliselt hoolikalt ja täpselt kindlaks määrata. Oluline on enne operatsiooni kindlaks teha, millises helijuhteaparaadi osas kahjustus esineb. Selleks soovitatakse kasutada Zöllneri (35) poolt konstrueeritud akustilist sondi.

Tümpanoplastika puhul on vaja taastada suletud, õhkuisaldav ja ventileeritav trummiõõs. See toimub tavaliselt vabaplastika abil, kusjuures transplantaadiks kasutatakse peamiselt nahka, millest moodustatakse uus võnkumisvõimeline kuulemekile. See toetub säilinud kuulmisluukestele (*malleus*'ele ja *incus*'ele, nende puudumisel *stapes*'ele). Viimasel juhul saame lihtsustatud tümpanaalse süsteemi. Seejuures transplantaadi liikuv osa, mis katab ümarat akent, puutub kokku *stapes*'e peaga ja annab helivõnked jaluse plaadi kaudu edasi sisekõrva. Seda lihtsustatud keskkõrvasüsteemi väljendatakse terminiga «kolumellisatsioon» [Miodonski (28)], «columella-effect» [Wullstein (31), Zöllner (34)]. Õhkuisaldava trummi-

õõne moodustamine on saavutatav ainult siis, kui on võimalik õhu ventilatsioon kuulmetõrve kaudu. Seepärast on tümpaanoplastika indikatsiooni määramisel sisekõrva seisundi kõrval oluline ka kuulmetõrve normaalne funktsioneerimine [T. Milštein (9, 12), I. Mussei (14), Moser (30)]. Wullstein (31, 32) esitab 5 põhilist tümpaanoplastika varianti (joon. 1).

I tüüp — kuulmeluukesed, samuti enamik kuulmekilest on säilinud. Operatsiooni käigus sild säilitatakse *aditus ad antrum*'i kohal, taastatakse praktiliselt normaalne keskkõrvasüsteem.

II tüüp — vasara jätk on hävinud, ülejäänud kuulmisluukeste ahel aga säilinud. Need kasutatakse ära uues tümpaanaises süsteemis: saame nn. suure tümpaanaise süsteemi.

III tüüp — vasar ja alasi on osaliselt hävinud, need eemaldatakse, samuti sild, *epitympanum* puhastatakse. Seega toimub reeglipärane radikaaloperatsioon. Uus kuulmekile toetub jalusele: toimub nn. kolumellisatsioon.

IV tüüp — kogu kuulmisluukeste süsteem on hävinud, säilinud on ainult jaluse plaat. Uus loodav trummiõõs haarab endasse kuulmetõrve ava, *hypotympanum*'i ja ümara akna niši. Jaluse plaat jääb avatuks kuulmekäiku. Saame nn. väikese tümpaanaise süsteemi, mille puhul toimub ümara akna ekranisatsioon [T. Milštein (9, 12), Jongkees (26) jt.].

V tüüp — jaluse plaat on fikseerunud ovaalses aknas. Uue kuulmekile loomise kõrval tuleb teha ka fenestratsioon.

Operatsioon algab tavalise radikaalmenetlusena. Tagumine-alumine kuulmekäigu sein eemaldatakse (soovitav freesi abil) ulatuses, mis võimaldaks vaadelda ümara akna nišši ja *stapes*'t. Granulatsioonid ja armkude kuulmisluukeste, kuulmetõrve ava ja akende piirkonnas, samuti *hypotympanum*'is tuleb hoolikalt eemaldada. Seejuures on vaja erilist ettevaatust manipuleerimisel akende piirkonnas [Moser (30)]. Tuleb kasutada optilist süsteemi (prillid, luup, operatsioonimikroskoop) suurendusvõimega 5—10—20 korda.

Nahalapp transplantaadiks võetakse tavaliselt kõrva tagant, operatsioonihaava servalt. See peab olema küllalt suur, et ta kataks trummiõõne ja servad ulatuksid kuulmekäigu luule (oluline toitumise mõttes). Samuti peab ta katma operatsiooniõõne luulisi seinu. Lapil tuleb eemaldada nahalune kude. Töödelda tuleb õrnalt ja ettevaatlikult, et lappi mitte traumatiseerida, mis võib soodustada selle nekrotiseerumist [A. Hanamirov (25)]. Osa autoreist soovitavad konserveeritud plastikalappi [B. Mletšin (13), I. Dorošenko (5), E. Gaudinš (3) jt.].

Viimastel aastatel on laialdaselt levinud V. Undritsi (23, 24) poolt kirjeldatud meatotümpaanalne plastika. On esitatud ka endauraiseid tümpaanoplastika meetodeid [B. Krölov (7), B. Goldberg (4)].

Primaarne tampoon eemaldatakse operatsiooniõõnest 7—3 päeva järel, edasi seotakse haiget ülepäeviti. L. Buhmani (1) andmetel hakkab lapp luuga liituma alates 7. päevast. Pärast transplantaadi fikseerumist (umbes 2 nädalat pärast operatsiooni), tuleb alustada kõrva läbipuhumist, et hoiduda liidete tekkest ja tagada trummiõõne normaalset ventilatsiooni. Esi- algu peab see aga toimuma ettevaatlikult, et vältida nõrgalt liitunud lapi lahtirebenemist. Operatsioonijärgsel perioodil soovitatakse infektsiooni vältimiseks kasutada antibiootikume, liidete tekkest hoidumiseks tarbe korral kortisooni [Wullstein (31), Maspetiol (27) jt.].

Tümpaanoplastika tagajärjel saavutatakse enamikul juhtudel kuulmise paranemine [Wullstein (31, 32), Zöllner (33, 34), D. Rutenburg (18, 19), I. Rosenfeld (15, 17), M. Svetlakov ja A. Kravtšenko (21)]. Eriti heaks võib lugeda tulemust, kui saavutatakse tase 15 db (sosinkõne kuuldavus 5—6 m), täiesti rahule võib jääda 30-detsibillise nivooga (sosinkõne kuuldavus umbes 3 m). Paljudel juhtudel võib aga ka vähema ulatusega kuulmise paranemine tuua haigele suurt kergendust. Lõplik kuulmis seisund

kujuneb välja 2—3 kuu jooksul pärast operatsiooni. Selle aja vältel peaks haige olema pidevalt eriarsti kontrolli all [D. Rutenberg (18, 19), I. Rosenfeld (15, 16), L. Buhman (2)]. Kuulmise halvenemist on täheldatud 2 kuni 5 protsendi ulatuses [Zöllner (34), D. Rutenberg (18, 19), I. Rosenfeld (15), T. Milštein (10), M. Svetlakov ja A. Kravtšenko (21)]. Kuulmine jäi endiseks samade autorite andmetel umbes 25—40 protsendi ulatuses. Tagajärjed on paremad juhtudel, kui kahjustused kesk- ja sisekõrvas on väikesemad.

Operatsioonijärgne paranemine toimub tümpanoplastika puhul kiiremini ja paremini kui tavaliselt. Radikaalõõne täielik epidermiseerumine on saavutatud kuni 70—90 % juhtudest [I. Rosenfeld (15), T. Milštein (10), M. Svetlakov ja A. Kravtšenko (21) jt.].

Seoses tümpanoplastikaga täheldatakse ka mõningaid tüsistusi: *n. facialis*'e pareesi, lapi osaline või täielik kärbumine põletikulised nähud nahalaplil (dermatiit), reaktiivne seroosne labürintiit jne. [D. Rutenberg (18, 19), T. Milštein (10, 11), I. Sobol (22), Wulstein (32), Maspetioli (27) jt.]. Vahel võib uuesti moodustatud kuulmekiiesse tekkida perforatsioon ja mäda eritumine jääda püsima või retsidiveeruda.

Tümpanoplastika on kontrainditseeritud koljusiseste komplikatsioonide ja labürintiidi puhul [I. Rosenfeld (15) jt.]. Zöllner (34) soovitas kolesteatoomi ja rohke mädaerituse puhul, samuti ka granulatsioonikoe vohamise ning rohke verejooksu korral opereerida kaheastmeliselt: kõigepealt tavaline radikaaloperatsioon ja teises etapis tümpanoplastika. Põletikulised protsessid nina- ja neeluruumis tulevad enne tümpanoplastikat likvideerida [B. Jelantsev (6)].

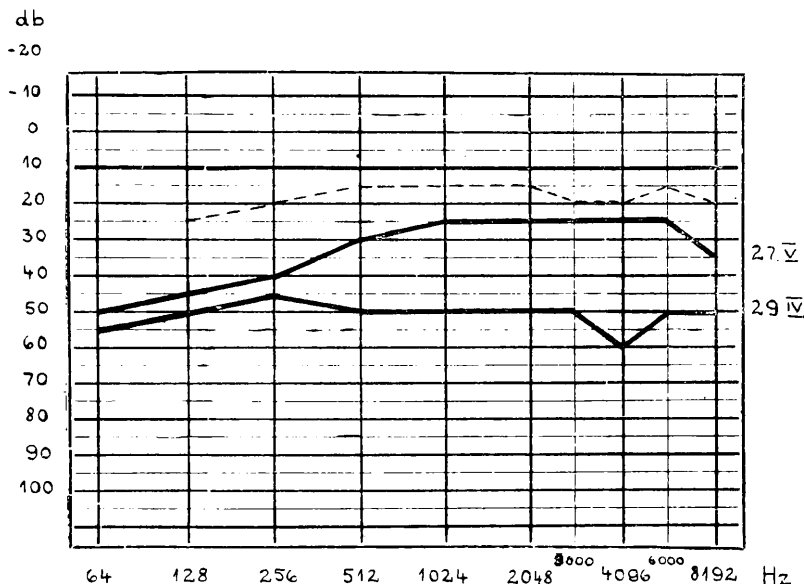
Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas hakati koos radikaaloperatsiooniga rakendama tümpanoplastikat 1957. a. juulikuust alates. Käesoleva ajani on opereeritud 30 haiget. Kõikidel juhtudel oli tegemist kroonilise mädase mesoepitümpaniidiga või piirdunud epitümpaniidiga.

Radikaaloperatsioon toimus tavalisel viisil. Trummiõõnes manipuleerimisel kasutati abivahendina binokulaarset luupi, mis võimaldab kahekordse suurenduse. Mõnel juhul kasutati ka operatsioonimikroskoopi. Kuulmisluukeste ahel oli kahjustatud 25 juhul, mil *malleus* ja *incus* eemaldati, seega toimus tümpanoplastika Wulsteini III variandi järgi. Granulatsioonid ja paksenenud limaskest eemaldati trummiõõnest väikese terava lusika abil. Viiel juhul olid muutused tagasihoidlikumad, esines piirdunud epitümpanaalne protsess. Neil juhtudel viidi operatsioon läbi I või II variandi järgi.

Nahk transplantaadiks võeti kõrva tagant, operatsioonihaava kõrvalt. Lapp modelleeriti skalpelli ja kääride abil õhukeseks ning fikseeriti tampoonide abil nii, et see kattis täielikult trummiõõne ja ulatus servadega kuulmekäigu luule, peenema otsaga üle *n. facialis*'e möiga radikaalõõnesse. Mõnel juhul kasutati ka meato-tümpanaalset lappi V. Undritsi (23, 24) järgi. Lapi alla padjandit ei asetatud. Postoperatiivsel perioodil rakendati põletikuliste nähtude vältimiseks antibiootikume nii üldiselt kui ka lokaalselt. Esimene sidumine toimus tavaliselt 7.—8. päeval, edasi ülepäeviti. Lapp fikseerus kõikidel juhtudel. Seitsmel juhul tekkis aga lapi alumises osas piirdunud kärbus, mis põhjustas uue kuulmekile perforatsiooni. Kaks nädalat pärast operatsiooni alustati ettevaatlikult kõrva läbipuhumist, mida jätkati kuni haige väljakirjutamiseni. Postoperatiivne radikaalõõne epidermiseerumine toimus kiiremini kui tavalise radikaaloperatsiooni puhul. Osa haigeid kirjutati statsionaarist välja isegi enne 3 nädala möödumist operatsioonist. Tavaliselt kestis postoperatiivne ravi haiglas 20—30 päeva. Üheksal juhul jäi mädaeritus pärast operatsiooni pidevalt püsima. Kaheksal juhul esines operatsioonioõnes perioodiliselt väheldane eritus. Ligi pooltel juhtudest tekkisid põletikulised nähud lapil

(mädane-seroosne protsess või kuivad koorikud), mis aga vastava raviga taandus. Kahel haigel tekkis komplikatsioonina *n. facialis*'e parees, ühel juhul möödus see paari nädala jooksul, teisel jäi osaliselt püsima.

Kuulmine paranes märgatavalt kuuel haigel (sosinkõne kuuldavus 0,5—1 meetrilt kuni 5—6 meetrini, audiomeetriline kuulmistase 40—50 detsibellilt kuni 20 db ja alla selle). Sealjuures paranes kuulmine kõige enam just kõnepiirkonnas (512—3000 Hz). Kõrgete, eriti aga madalate toonide kuuldavus paranes vähe või mitte sugugi (joon. 2). Kaheteistkümnel juhul paranes kuulmine vähesel määral (sosinkõne kuuldavus 1—2 m ulatuses), 11 haigel jäi kuulmisseisund endiseks. Nendest kuuel esines tunduv sisekõrvakahjustus juba enne operatsiooni, sellepärast ei saanudki loota kuulmise paranemist tümpaanoplastika tagajärjel. Küll aga kiirenes operatsioonijärgne ravikäik. Ühel juhul halvenes kuulmine postoperatiivselt.



Joon. 2. Haige Meeme, M., 29 a. vana, audiogramm. Diagnoos: *Otitis media chronica purulenta sinistra*. Teostatud keskkõrva radikaaloperatsioon koos tümpaanoplastikaga. Kuulmisseisund õhujuhtivuses enne (29.04.) ja pärast (27.05.) operatsiooni. Luujuhtivuses (.....) kuulmisseisund enne ja pärast operatsiooni ühesugune.

Kokku võttes andmeid kirjandusest ja esialgseid kogemusi, näib tümpaanoplastika kõrvakirurgias omavat kindlat kohta. Kuigi tümpaanoplastikaga hakati tegelema laiemalt alles pärast 1950. aastat, on see operatsioonimoodus juba laialdaselt levinud. Selle aluseks on tänapäeva operatsioonitehnilised võimalused, medikamentoossed vahendid, teoreetilised ja praktilised teadmised kuulmisfüsioloogia ja -patoloogia alal.

Tümpaanoplastika on väärtuslik menetlus võitluses raskeltnuulmise vastu. Eriti rõhutatakse selle tähtsust lapseas [D. Rutenburg (18, 20), F. Malomuž ja N. Višnevskaja (8)], kus koos kuulmise paranemisega soodustatakse tunduvalt nooruki arenguprotsessi, tema õppetööd ja elukutse omandamist.

Kui keskkõrva radikaaloperatsioonil oli varem ainult saneeriv eesmärk, siis tänapäeval on tümpaanoplastika funktsiooni säilitav ja taastav ülesanne vähemalt sama oluline. Kroonilise mädase otiidi puhul, mis ei allu hoolikale konservatiivsele ravile, soovitatakse varakult rakendada radikaaloperatsiooni koos tümpaanoplastikaga, et vältida degeneratiivseid

muutusi sisekõrvas [D. Rutenberg (18, 19), Jongkees (26)]. Koos sellega laienevad ka radikaaloperatsioonid näidustused. Lähemaks ülesandeks on tümpanoplastika indikatsioonide täpsustamine, operatsioonimetoodika lõplik väljatöötamine ja juurutamine igapäevases kliinilises praktikas.

KIRJANDUS

1. Бухман Л. А. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 389—341. — 2. Бухман Л. А. Всероссийская конференция по вопросам тугоухости. Тезисы докладов. Л., 1960, 53—55. — 3. Гаудыньш Э. П. Труды VI съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 371—372. — 4. Гольдберг Б. Е. Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 1959, 4, 52—53. — 5. Дорошенко И. Т. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 352—353. — 6. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. Алма-Ата, 1959. — 7. Крылов Б. С. Вестн. оториноларингологии, 1959, 1, 113—116. — 8. Маломуж Ф. Ф. и Вишневская Н. А. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 342—344. — 9. Мильштейн Т. Н. Первый пленум Всероссийского научного медицинского общества оториноларингологов. Тезисы докладов. Л., 1957, 72—76. — 10. Мильштейн Т. Н. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 240—242. — 11. Мильштейн Т. Н. Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи. Том XII. Л., 1959, 18—33. — 12. Мильштейн Т. Н. Всероссийская конференция по вопросам тугоухости. Тезисы докладов. Л., 1960, 20—22. — 13. Млечин Б. М. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 337—339. — 14. Муссей И. И. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 318—320. — 15. Розенфельд И. М. Вестн. оториноларингологии, 1958, 1, 31—34. — 16. Розенфельд И. М. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 242—245. — 17. Розенфельд И. М. Всероссийская конференция по вопросам тугоухости. Тезисы докладов. Л., 1960, 52—53. — 18. Рутенбург Д. М. Вестн. оториноларингологии, 1956, 4, 19—26. — 19. Рутенбург Д. М. Вестн. оториноларингологии, 1958, 1, 27—31. — 20. Рутенбург Д. М. Программные доклады на V-ом Всесоюзном съезде оториноларингологов в июле 1958 г. в Ленинграде. Москва-Сталинабад, 1958, 89—98. — 21. Светлаков М. С. и Кравченко А. А. Вестн. оториноларингологии, 1958, 2, 20—22. — 22. Соболев И. И. Труды V съезда оториноларингологов СССР. Л., 1959, 372—375. — 23. Ундриц В. Ф. Вопросы физиологии в оториноларингологии. Л., 1955, 165—173. — 24. Ундриц В. Ф. Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института по болезням уха, горла, носа и речи. Том XII. Л., 1959, 9—17. — 25. Ханамиров А. Р. Первый пленум Всероссийского научно-медицинского общества оториноларингологов. Тезисы докладов. Л., 1957, 79. — Jongkees, L. Practica oto-rhino-laryngologica, 1957, 19, 2, 3, 107—123. — 27. Maspétiol, R. Ann. oto-laryngol., 1957, 74, 7/8, 515—525. — 28. Miódonski, J., Acta otolaryngol., 1957, 41, 1, 64—72. — 29. Moritz, W. Z. Laryngol., 1950, 29, 578. — 30. Moser, F. Z. ärzt. Fortbild, 1959, 53, 21, 1338—1342. — 31. Wullstein, H., Ann. oto-rhino-laryngol., 1956, 65, 4, 1020—1041. — 32. Wullstein, H. Wiss. Z. der Universität Halle-Wittenberg, Mat. — Nat. Reihe, 1956, Jahrg. V, Heft 5, 987—1002. — 33. Zöllner, F. Audiologie. Stuttgart, 1954, 74—87. — 34. Zöllner, F. Arch. Ohren-usw. Heilkunde, 1957, 171, 1, 1—62. — 35. Zöllner, F. Arch. Ohren-usw. Heilk., 1951, 159, 358.

О ТИМПАНОПЛАСТИКЕ В СВЯЗИ С РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ СРЕДНЕГО УХА

Э. Лааман и В. Сяргавя

Резюме

За последние десять лет в связи с радикальной операцией уха тимпанопластика стала более совершенной в практике ее применения, целью которой является замена поврежденной или отсутствующей барабанной перепонки и в связи с этим — улучшение слуха. Это достигается в тех случаях, когда имеется в основном расстройство слуха звукопроводящей системы, а внутреннее ухо функционирует более или менее нормально. При тимпанопластике нужно создать закрытую, содержащую воздух и вентилируемую барабанную полость. Для этого евстахиева труба должна быть свободно проходима.

Операция протекает в виде обычной радикальной операции; затем, при помощи операционного микроскопа или лупы производится тщательный контроль и санация барабанной полости. Последняя закрывается кожным трансплантатом, который берется

обычно за ушной раковиной у края операционной раны. После тимпанопластики более чем в 50% случаев достигается улучшение слуха и ускоряется послеоперационное лечение.

Из 30 случаев применения тимпанопластики улучшение слуха было достигнуто у 18 больных, из них довольно заметное у 6 (восприятие шепотной речи с 0,5—1 м повысилось до 5—6 м). У одного больного произошло ухудшение слуха. Послеоперационный период лечения в стационаре оказался короче чем при обычной радикальной операции. Осложнениями были явления дерматита кожного трансплантата почти в 50% случаев, у двух больных — паралич лицевого нерва.

Тимпанопластика является ценным методом в борьбе с тугоухостью. Если в прежнее время целью радикальной операции была лишь санация, то теперь тимпанопластика сохраняет и восстанавливает функцию слуха. Основой для этого являются возможности современной операционной техники, медикаментозные средства, теоретические и практические знания по физиологии и патологии слуха.

NAHA VABAPLASTIKA MEETODIST ALUMIINIUMPLEKIST SÕELAGA FIKSEERIMISEL

E. TÜNDER ja K. PÖDER

(Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor A. Linkberg, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg)

Naha plastilised operatsioonid, eriti naha vabaplastika on kirurgilises praktikas tähtsal kohal, olles asendamatuteks võteteks suurte nahadefektide ja laialdaste granulatsioonipindade ravimisel [B. Petrov (2)]. Siit tulenebki naha vabaplastika probleemi tähtsus ja aktuaalsus nii sõja- kui ka rahuaja tingimustes.

Tänapäeval on kirurgias naha vabaplastika meetoditest Reverdin'i ja Thiersch'i meetodi kõrval kasutusel nahaplastika dermatoomi abil 3/4 naha paksuses ja naha vabaplastikas naha kogu paksuses.

Viimasest annab üksikasjaliku ülevaate J. Džanelidze (3) oma monograafias «Naha vabaplastika» (1952). Transplantaatsioon naha kogu paksuses annab tugeva ja vastupidava naha [B. Petrov (2), J. Džanelidze (3) jt.] ning vastab kõige enam kirurgide nõuetele saada püsivaid kaugresulataate ja võimaldada katta laialdasi alasid. Transplantaat sarnaneb pärast elustumist terve nahaga, tema all tekib nahaaluse sidekoe kiht, ta on liikuv; transplantaadis tekib tundlikkus ja võib areneda ka karvake. Naha ülekanne naha kogu paksuses nõuab aga samade autorite andmetel tunduvalt valitumaid tingimusi: kaetava pinnase hea ettevalmistus, eeskujuliku kontakti saavutamine transplantaadi ja pinnase vahel, kuhu ülekanne teostatakse ning pikema kestusega immobilisatsioon. Oluliseks momendiks organismi üldseisundi ja kaetava pinnase ettevalmistamise kõrval on ühtlase ja püsiva kontakti tagamine transplantaadi ja pinnase vahel, kuhu ülekanne tehakse. Ühtlase ja püsiva kontakti saavutamiseks soovitab J. Džanelidze (3) kummikäsna või fikseeritud marlirulli, A. Limberg [tsiteeritud J. Džanelidze (3) järgi] aga keerulist transplantaadile avaldatava rõhu automaatse reguleerimise aparati. Nimetatud aparadi pneumaatiline žgutt suleb aga transplantaadi hermeetiliselt ega võimalda õhu juurdepääsu.

Käesolevas töös püüdsid autorid transplantaadi ja pinnase vahel, kuhu ülekanne teostatakse, kontakti saavutada õhukese alumiiniiumplekist sõela abil, millega avaldatakse transplantaadile ühtlast survet [E. Tünder, K. Pöder ja E. Türi (1)]. Allpool teeme transplantaadi fiksatsiooni metoodika alumiiniiumplekist sõela abil, mida on võimalik operatsiooni käigus modelleerida vastavalt defekti pinnale ja mille valmistamine on võrdlemisi kerge.

Haige ettevalmistamine operatsiooniks toimub üldtuntud printsiipide alusel. Peale organismi üldtugevdava ravi (vereülekanded, valgu- ja vitamiinirikas dieet) kasutatakse haavandite puhastamiseks Višnevski salvsideid ja NaCl 5—10-protsendilist lahust. Mõningatel juhtudel tehakse põletikuliste nähtude likvideerimiseks novokaiinpenitsilliinblokaade. Selliselt operatiivseks raviks ettevalmistatud haavand on toodud fotol 1. Transplantatsiooni tegemiseks kroonilisele haavandile tuleb haavand enne B. Parini (4) järgi ekstsideerida (foto 2). Nahalapi võtmine transplantatsiooniks toimub kas reie eesmiselt, välisküljelt või kõhu piirkonnast. Transplantaat võetakse vastavalt ekstsideeritud haavandi kujule ja suurusele ning ta piiritlemine ja eraldamine nahaalusest koest toimub J. Džanelidze (3) järgi. Eraldatud transplantaat asetatakse korgile, fikseeritakse servadest süstlanõelte abil ja perforereeritakse malelauakujuliselt skalpelliotsaga. Sobivad on keskmiselt 5-millimeetrise läbimõõduga perforatsioonivad. Seejärel paigutatakse transplantaat füsioloogilisse lahusesse, kuhu on lisatud 100 ml kohta 100 000 TÜ penitsilliini, ja kinnitatakse üksikõmbluste abil ekstsideeritud haavandile. Transplantaati fikseerivad niidid jäetakse lõikamata (foto 3). Ühtlase ja püsiva kontakti loomiseks transplantaadi ja pinnase vahel kasutatakse alumiiniumplekist valmistatud sõela (1 mm paksune, aukude läbimõõt 5 mm ja aukude tsentrumite kaugus üksteisest 6 mm). Viimase modelleerimine toimub otseselt pärast haavandi ekstsideerimist, kusjuures alumiiniumplekist sõela kuju muutmisega vastavalt haavandi põhjale on võimalik saavutada ühtlasi rõhku transplantaadi kogu ulatusse. Transplantaadile asetatud sõel on näha fotol 4. Sõeleale asetatakse steriilne side ja marlirull, mis kinnitatakse transplantaadi servi fikseerivate mahalõikamata jäetud niitidega (foto 5). Alumiiniumplekist sõel eemaldatakse tavaliselt 3.—4. päeval pärast operatsiooni. Selleks ajaks on kujunenud vaskularisatsioon transplantaadi ja aluspinna vahel [V. Vainštein (5)]. Pärast alumiiniumsõela eemaldamist ravitakse transplantaati lahtiselt: puistatakse üle streptotsiidpulbri õhukese kihiga ja kiiritatakse kvartsiga kuni aktiivse hüperemia tekkimiseni. Transplantaadi kaitseks asetatakse jäsemele sillana kraamerlahas.

Kirjeldatud meetodil on Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas 1954.—1958. a. tehtud 20 naha vabaplastika operatsiooni.

Vaatlusalustest haigetest oli 16 juhul tegemist krooniliste troofiliste või varikoosete haavanditega, 4 juhul aga naha põletuse või operatsiooni-järgsete defektidega.

Haavandite kestus oli väga erinev, ulatudes mõnest kuust kuni 25 aastani. Seitsmel juhul oli haavand olnud üle 10 aasta.

16 kroonilisest haavandist retsidiveerus korduvalt 12, kusjuures haavandite lahtioleku aeg ulatus 2 kuust kuni 2 aastani. Naha ülekande operatsioone (Reverдини, Thierschi jt. järgi) enne plastikat paksulapi meetodil tehti 6 korral, kusjuures haavandi paranemist ei saavutatud.

Haavandite suurused Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas ravil viibinud haigetel olid väga varieeruvad, ulatudes 9 sm² kuni 120 sm².

Eeltoodud meetodi järgi tehtud nahaülekande kaugresulfaatide väljaselgitamisel (Tartu Linna Kliinilise Haigla Polikliiniku haavaosakonnas 1959. a. aprillikuus) saadi andmeid nahalapi seisundi kohta 19 haigelt, kellest 18-l sedastati nahalapi täielikku elustumist ja ühtumist ümbritseva naha värvuse ning omadustega (14-l kontrollitud haigel oli operatsioonist nõõdurud 3—4 aastat). Ühel juhul oli tegemist haavandi osalise retsidiveerumisega, kus pärast transplantaadi püsimist 4 aasta jooksul transplantaat nekrotiseerus ja hävis pooles ulatuses. Nimetatud juhul oli tegemist 52-aastase naisega, kellel oli vasema sääre krooniline haavand alates 1933. a. (süvaveenide tromboosi tagajärjel). Naha vabaplastika paksulapi meetodil tehti 1955. a. juulikuus.

E. Tünder ja K. Pöder

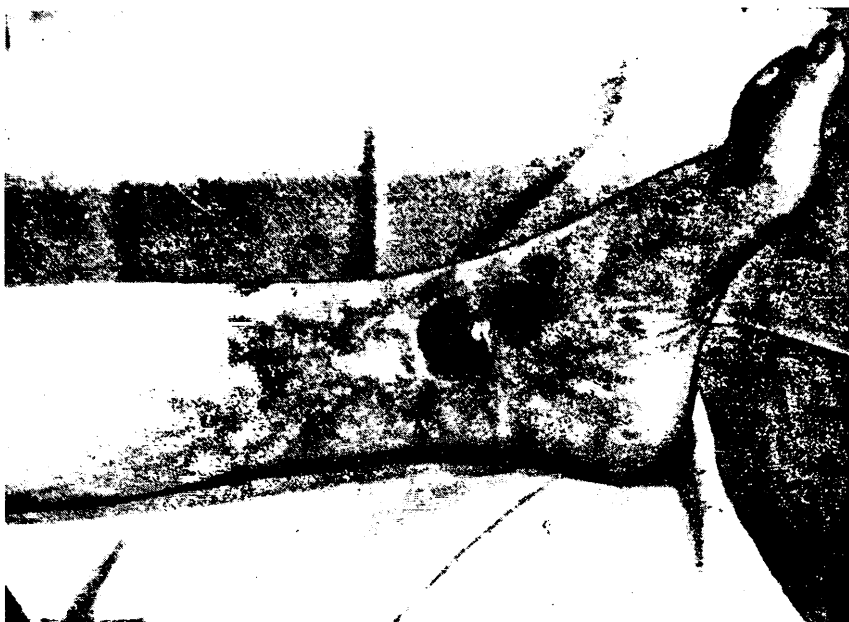


Foto 1. Operatiivseks raviks ettevalmistatud haavand enne ekstsisiooni



Foto 2. Transplantatsiooniks ettevalmistatud (s. o. ekstsideeritud) haavand

E. Tünder ja K. Pöder



Foto 3. Ülekantud perforeeritud transplantaati fikseerivad niidid on jäetud maha lõikamata



Foto 4. Transplantaadile asetatud plekksõel, mis on modelleeritud vastavalt haavandi põhjale

E. Tünder ja K. Pöder



Foto 5. Sõelale asetatud marlirull, mis on kinnitatud transplantaati seni fikseerivate niitidega

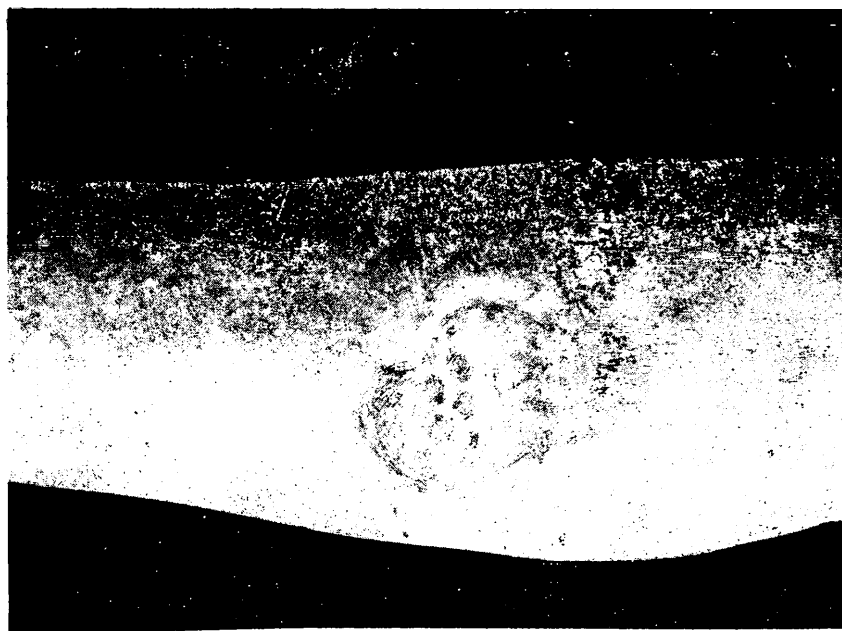
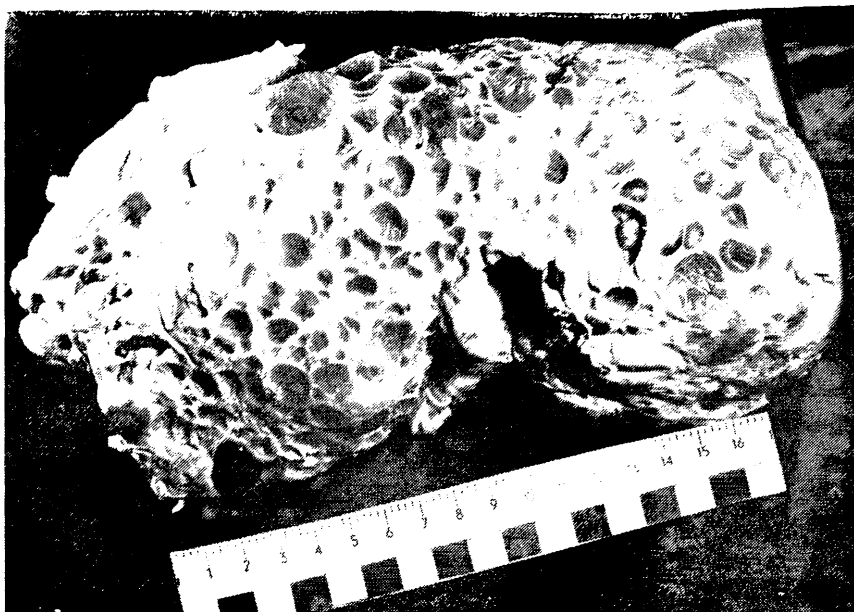
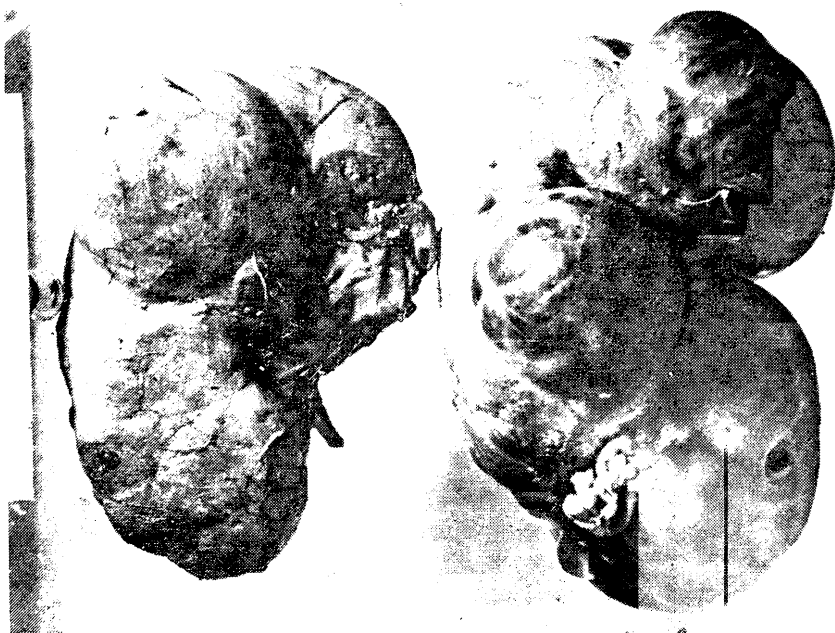


Foto 6. Transplantaat 1 a. möödumisel operatsioonist

A. Lukaš



Joon. 1. Haige B. 42 aastat vana, polütsüstotsne neer. Hulgaiselt väikseid ja keskmisi tsüste. Preparaat fikseeriti formaliiniga.



Joon. 2. Haige M. 72 aastat vana, polütsüstootsused neerud, peamiselt seroosse sisaldisega

Nahaplastika kohta töös kirjeldatud meetodil toome 3 haigusjuhtu.

1. 19-aastane naine (haiguslugu nr. 1493—1959. a. maikuust) viibis ravil vasema sääre kroonilise haavandiga, mis oli tekkinud 1957. a. aprillis saadud trauma tagajärjel (haige oli jäänud jalgapidi traktori alla). Vasema sääre keskmises kolmandikus lateraalsel küljel asub ovaalse kujuga kõvade armistunud servadega haavand, suurusel 3×4 sm. Tehti naha ülekanne eespool kirjeldatud meetodi järgi. Haige kliinikust lahkumisel oli transplantaat elujõuline ja püsis hästi. Kontrollimisel aasta hiljem selgus, et lapp oli ümbritseva nahaga ühte värvust, kortsum si ega tundlikkuse häireid ei esinenud (foto 6).

2. 46-aastane naine (haiguslugu nr. 243 — 1955. a. jaanuarikuust) viibis ravil vasaku sääre troofilise haavandiga, mis oli tekkinud 25 a. tagasi (1930. a.) trauma tagajärjel. Haige on korduvalt viibinud konservatiivsel ravil, kuid haavandi püsivat paranemist ei saavutatud: 1954. a. juunis tehti naha ülekanne haavandile Reverdin'i meetodi järgi. Järgnes retsidiiv, milleks oli vasaku sääre alumise kolmandiku mediaalsel küljel 3×4 sm suurune põletikulise põhja ja armistunud servadega haavand. Pärast vastavat ettevalmistust ja haavandi ekstsideerimist tehti nahaülekanne eeltoodud meetodi järgi. Operatsioonijärgne periood oli tüsistusteta. Haige lahkus kliinikust hea üldseisundiga. Ülekantud nahk oli funktsionaalselt täisväärtuslik.

Kontrollimisel 4 aastat hiljem oli nahalapp ümbritseva nahaga ühte värvust, karvadega kaetud, funktsioonihäireid ei esinenud.

3. 60-aastane naine (haiguslugu nr. 2784) viibis operatiivsel ravil 1958. a. septembrikuus rinnanäärme vähiga. Radikaalse mastektoomia tagajärjel oli rindkere eesmisel seinal 10×15 sm suurune nahadefekt. Kaks nädalat hiljem tehti naha ülekanne paksulapi meetodiga, kusjuures fiksatsiooniks kasutati alumiiniumplekist sõela. Haav paranes esmaspingsalt ja nahalapp elustus terves ulatuses. Kontrollimisel 1959. a. aprillikuus oli nahalapp ümbritseva koega ühte värvust, elastne, aluskoe suhtes liikuv.

Eeltoodud täheldusi silmas pidades võib naha vabaplastika operatsioonidel transplantaadi fikseerimiseks kasutada alumiiniumplekist sõela, mis sobib ühtlase ja püsiva rõhu avaldamiseks transplantaadile ilma viimast kahjustamata.

KIRJANDUS

1. Tünder, E., Põder, K., Türi, E. Naha vabaplastikast paksulapi meetodil (eksperimentaalne uurimus). Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Arstiteaduskonna töid sisehaiguste ja kirurgia alalt. Tartu, 1957, 291—295. — 2. Петров Б. А. Свободная пересадка кожи при больших дефектах. М., 1950. — 3. Джанелидзе Ю. Ю. Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе. Л., 1952. — 4. Парин Б. В. Хирургия 12, 21—29, 1944. — 5. Вайнштейн В. Г. Пластика травматических дефектов кожи. Л., 1946.

Saabus toimetusse 23. novembril 1959. a.

О МЕТОДИКЕ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПО МЕТОДУ ТОЛСТОГО ЛОСКУТА С ФИКСАЦИЕЙ АЛЮМИНИЕВОЙ РЕШЕТКОЙ

Э. Тюндер и К. Пыдер

Резюме

За 1954—1958 гг. в хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы было сделано 20 операций свободной пересадки кожи, в основном при хронических язвах.

Для фиксации трансплантируемой кожи пользовались алюминиевой решеткой, которая легко модулируется соответственно с поверхностью и оказывает равномерное давление на весь трансплантат, не вредя ему.

Проверка отдаленных результатов лечения показала, что трансплантаты прижились хорошо (в 19 случаях из 20), имели нормальный цвет и функцию.

Считаем, что алюминиевую решетку можно использовать с хорошими результатами для фиксации трансплантата всей толщины кожи.

NEERUDE POLÜTSÜSTOOSIST

A. LUKAS

(Tallinna Linna II Haiglast, peaarst A. Joakimov)

J. Gimpelsoni andmetel moodustavad neerude polütsüstossed muutused 16,4% kõigist neeruanomaaliaist. Rida autoreid leidsid seda patoloogiat 3—4% lahangujuhtudest.

Neerude polütsüstooši patogeneesi küsimused ei ole veel lõplikult lahendatud. Käesoleval ajal peab enamik autoreist polütsüstooši põhjuseks neerude retentsioonsüstide tekkimist ühenduse puudumise tõttu neerude pasmakeste ja kanalite vahel, mis arenevad embrüonaalperioodis eraldi.

Kirjanduses on avaldatud rohkesti tähelepanekuid polütsüstossete neerude kohta, kuid huvi selle anomaalia vastu ei nõrgene, sest haiguse elupuhune diagnoosimine ei ole rahuldav ning kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside lahkuminek protsent on ikkagi kõrge.

Meie oleme lahingul täheldanud 10 polütsüstossete neerude juhtu, kusjuures elupuhuselt oli õige diagnoos püstitatud ainult kahel juhul, ja sedagi proovilaparotoomia abil, vähe aega enne surma. Kahel juhul esines haigus kuni aastavanustel lastel, ülejäänud 8 juhul täiskasvanuil 42 kuni 82 aasta vanuses. Mehi oli 7, naisi — 3.

Eluajal diagnoositi kahel haigel (lapsed) düspepsiat, ühel — neerukivitõbe, ühel — sepsist ja amüloidoosi ning kuuel — hüpertooniatõbe ja ateroskleroosi.

Patoloogilis-anatoomilise uurimise puhul avastati kõigil 10 juhul kahepoolsed polütsüstossed neerud, mis kujutasid endast paljude väikeste ja suurte, läbipaistva või verega värvunud vedelikku sisaldavate ümmarguste tsüstide konglomeraate. Neerude mõõtmed ulatusid $30 \times 20 \times 15$ sm ja kaal kuni 2700 g.

Neerude patoloogilis-anatoomilisel uurimisel avastati neerude parenhüümi ilmne atrofia, pasmakeste arvu tunduv vähenemine, nende skleeroos ja väärastumine, neerukanalite laienemine. Samuti esines neeruarterite skleroos. Kolmel neerupolütsüstooši juhul avastati ka maksapõlviku polütsüstossed, ühel juhul leiti munandite polütsüstossed ja ühel juhul peaaegu külgmiste vatsakeste veresoonte põimiku tsüstossed.

Kõikide täiskasvanute laipadel avastati aordi, südame koronaararterite ja ajupõhimiku arterite ateroskleroos.

Meie juhtudel oli ateroskleroosi arenemine seoses kõrgenenud vere rõhuga ja ainevahetuse häiretega neerude polütsüstooši tagajärjel.

Vahetuks surmapõhjuseks oli ureemia — 5 juhul, verevalum ajju — 2, südame ja veresoonte puudulikkus — 2 ja trauma — 1 juhul. Rõhuv enamik haigeid viibis pikema aja jooksul arstide järelevalve all ja olid korduvalt hospitaliseeritud.

Näiteks võime tuua järgmise juhtumi. Näide 1. Haige B., 42 aastat vana, toodi haiglasse kiirabi korras 8. apr. 1958. a. kell 11.35 äärmiselt raskes olukorras, teadvuseta. Naise ütluse ja meditsiiniliste dokumentide põhjal selgus, et B. ravis end hüpertooniatõbe tõttu alates 1951. a. ja vabastati 1953. a. sõjaväeteenistusest diagnoosiga «Hüpertooniatõbi II staadium». Sel perioodil viibis ta sama diagnoosiga mitu korda haiglas. Sabumisel oli haigel pulss 68 lööki minutis. Vererõhk 140/100 mm. Südame piirid normaalsed, toonid tuhmid. Kopsudes niisked rägina. Alates 7. aprillist anuuria. Diagnoos: hüpertooniatõbi, ureemia. Terapeutilised abinõud tulemusi ei andnud. 9. aprillil kell 14 võitluses anuuriaga tehti laparotoomia neerude dekansulatsioonil eesmärgil. Alles siis avastati polütsüstossed neerud. Surm saabus 10. aprillil ureemia tagajärjel.

Laiba uurimisel avastati südame hüpertroopia (kaal 470 g). Vasaku neeru mõõtmed $30 \times 20 \times 10$ sm, kaal 2700 g, parem neer — $20 \times 15 \times 10$ sm, kaal 1803 g. Mõlemas neerus hulgaliselt väikesi ja suuri õõsi mõõtmega $0,5 \times 0,5$ kuni 4×4 sm, mis olid täidetud läbipaistva ja verise vedelikuga. Maksa mõõtmed $28 \times 19 \times 15 \times 10$ sm, kaal 2300 g. Maksa kihnu all ja maksakoes hulgaliselt väikesi, läbipaistva vedelikuga täidetud tsüste.

Haige B. uriinianalüüse vaadates ilmnes mitme aasta vältel isostenuuria, mikrohematuuria, silinderuuria (vt. tahvel IV, joon. 1.).

Seega ei olnud antud juhul mitme aasta jooksul pööratud tähelepanu neerude patoloogiale ega haiget uuritud diagnoosi täpsustamise suuna otstarbel.

Vaatamata tunduvatele anatoomilistele muutustele neerukoos elavad haiged polütsüstoossete neerude puhul mõnikord kõrge vanaduseni. Lõpuks surevad haiged suurtest anatoomilistest muutustest tingitud neerude talitluse täieliku lakkamise tagajärjel tekkinud ureemiasse.

Näide 2. 72-aastane naine M. saabus kirurgiaosakonda troofiliste säärehaavanditega 13. juulil 1958. a. Haiglas täheldati haigel näo, käte, jalgade ja kere külgmiste pindade tursete suurenemist. Uriinis avastati värsked ja leostunud erütrotsüüde, leukotsüüde kuni 20 vaateväljas, neerupiteeli rakke. Kliiniline diagnoos: «Sääre laialdased flegmoonid. Sepsis. Amüloidosis». Surm saabus 42. päeval pärast haiglasse saabumist. Lahkamisel avastati neerude polütsüstoos, ureemia (vt. tahvel IV, joon. 2.).

Ühel juhul täheldasime harva esinevat nähtu, kus tunduvalt suurenenud polütsüstoosne neer asetus sigmasse, tekitades mehaanilise soole-sulguse.

Meile kättesaadavas kirjanduses leidsime taolise, polütsüstoossete neerude tüsistuse kirjelduse ainult Mironovi töös, kes täheldas ühte sellist juhtu.

Meie juhtude kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste andmete vastandamisel näeme, et neerude polütsüstoosi elupuhuse diagnoosimata jäämise põhjuseks oli haigete puudulik spetsiaalne uurimine haigete pikaajalisel jälgimisel saadud anamnestiliste, objektiivsete ja laboratoorsete andmete mitteküllaldase kriitilise hindamise tõttu. Ühelgi juhul ei tehtud uroloogilisi ja röntgenoloogilisi uuringuid, mis oleksid võinud anda väärtuslikku abi õige diagnoosi püstitamisel. Neerude patoloogiale vastavaid laboratoorseid analüüse ei hinnatud õigesti. Samal ajal peeti neerude hüpertooniat hüpertooniatõve tagajärjeks.

Haigete uurimisel ei osutata vajalikku tähelepanu lihtsale diagnoosimismeetodile — komplemisele, mille abil on kerge avastada tunduvalt suurenenud polütsüstoosseid neere.

Mõnedel juhtudel, kui haiged saabusid statsionaari raskes seisundis, ei saanud diagnoosi püstitada neerude polütsüstoosi taaspöördumatute tüsistuste sümptomide tõttu, milleks olid ureemia, ajuverevalum ning südame ja veresoonte puudulikkus.

Radikaalseid meetodeid neerude polütsüstoosi ravimiseks ei ole.

Nagu juba mainisime, võivad neerude polütsüstoosiga haiged elada kaua. Seepärast võivad neerude polütsüstoosi varajane diagnoosimine ja sellest tulenevad profülaktilised abinõud, nagu töökorraldus, dieet, dispanseerne jälgimine jne., pikendada selliste haigete elu.

KIRJANDUS

1. Абрикосов А. И. Основы общей патологической анатомии. М., 1944. —
2. Абрикосов А. И. Основы частной патологической анатомии. М., 1946. — Абрикосов А. И. и Струков А. И. Патологическая анатомия ч. II. М., 1954. — 4. Бельчикова М. Ф. О кистозном перерождении почек. Сборник материалов научно-практических конференций. М., 1958. — 5. Вайнберг З. С. Урология, 1955, 1. 71—74. — 6. Вапра А. О двух случаях поликистозных почек. Ученые записки Тартуского ун-та, вып. 36, 1954, 159—164. — 7. Воскресенский М. П. Сов. медицина, 1957, 7, 119—120. — 8. Воробцов В. И. Урология, 1956, 4, 44—52. — 9. Гимпельсон Э. И. Аномалии почек. М., 1949. — 10. Давыдовский И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. М., 1958. — 11. Датуашвили Д. Л. Пневмометрперитонеум в урологии и пограничных областях. Автореферат дисс., М., 1957. — 12. Карманова Г. Д. и Левашов М. М. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1956, 5, 131—138. — 13. Квашенко Б. К. Врачебное дело, 1953, 645—646. — 14. Певзнер Б. Л. Редкая аномалия почек. Урология, 1978, 3, 52—53. — 15. Соколов С. П. Случай сочетания семиномы яичка с кистозно перерожденной почкой. Архив

патологии. Т. 16, вып. 3, 1954, 76—77. 16. Сотникова Л. Л. и Голобородский Г. Л. О судебно-медицинском значении некоторых аномалий развития. Рефераты научных докладов Одесского НОСМ. и К., стр. 26. Одесса, 1956. — 17. Стучинский Б. Г. Урология, 1955, 4, 54—55. — 18. Таиров А. Н. Азербайджан. мед. журнал, 1956, 8, 75—77. — 19. Трусевич Б. И. Здравоохран. Белоруссии, 1956, 1, 33—35. — Чучелов Н. И. Аномалия почек и беременность. Акушерство и гинекология, 1956, 5, 34—37. — 21. Яновский Ф. Г. Диагностика заболеваний почек в связи с их патологией. Киев, 1927.

О ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК

А. Лукаш

Резюме

Из наблюдавшихся 10 случаев поликистоза почек на секции (двое детей до 1 года и 8 взрослых в возрасте от 42 до 82 лет) прижизненный диагноз был установлен только в двух случаях при пробной лапаротомии незадолго до смерти. Поражение почек было двухстороннее. В трех случаях одновременно был обнаружен, кроме того, поликистоз яичников и сосудистого тракта мозговых желудочков. Почки достигали размеров 30×20×15 см и веса 2700 г. В одном случае большая поликистозная почка была причиной кишечной непроходимости вследствие механического сдавления сигмовидной кишки. Непосредственной причиной смерти в 5 случаях была уремия, в 2 — кровоизлияние в мозг, в 2 — сердечно-сосудистая недостаточность и в 1 — травма.

При жизни были установлены основные диагнозы: гипертоническая болезнь и атеросклероз — 6 раз, почечно-каменная болезнь — 1 раз, диспепсия — 2 раза (у детей), сепсис, эмбриондоз почек — 1 раз. Причинами неправильного клинического диагноза следует считать недостаточное клиническое обследование почек (ни в одном случае не производились пиелографии, проба Зимницкого), недостаточная критическая оценка результатов лабораторных и клинических обследований и данных анамнеза, указывающих на патологию почек. Радикальные методы лечения поликистоза почек отсутствуют. Ранняя диагностика позволяет предупредить появление тяжелых осложнений и таким образом продлить жизнь больных.

KAASASÜNDINUD AORDIKITSUSE STENOOSIST

V. VALDES

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Edu südame ja suurte veresoonte kirurgia alal on muutnud aktuaalseks kaasasündinud südamerikete varase avastamise, nende tüübi ja lokaliseerimise täpsustamise ning hemodünaamika iseärasuste selgitamise. Aktiivse diagnostika tulemusena on mitmed väärandid, mida tagasihoidliku kliinilise pildi tõttu peeti harva esinevateks, osutunud tegelikult üsna sagedasteks. Viimati mainitud rühma kuulub ka aordikitsuse stenosis (*stenosis isthmi aortae*) ehk aordi koarktatsioon (*coarctatio aortae*).

Sõltuvalt sellest, kas aordi stenoos esineb koos avatud arterioosjuhaga või isoleeritult, eristab Bonne (1, 11) esimest ehk infantilist ja teist ehk adultset tüüpi. Adultset tüüpi, mis esineb sagedamini, peab enamik autoreid postnataalseks väärandiks. Littmann ja Fono (5) järgi on ka adultne tüüp embrüonaalse päritoluga, millele viitab ka sage seos teiste vääranditega. Infantilise tüübi puhul saab ülakeha puhast arteriaalset verd, allkeha arterioosjuhast lisanduva venoosse vere tõttu segaverd. Adultsel tüübil on nii üla- kui allkeha varustatud puhta arteriaalse verega. Stenoos kui puhas lüüs [A. Bakulev ja J. Mešalkin (2)] põhjustab erineva vererõhu üla- ja allkeha arterites, mis on aluseks kollateraal-

vereringe tekkele (*a. subclavia* — *a. axillaris* — *a. a. intercostales I, II et III* ning *a. Mammaria interna* — *a. epigastrica superior* — *a. epigastrica inferior* kaudu). Südame normaalse minutimahu juures on suurenenud ülakeha verevarustus, mis võib viia ka ülakeha tugevamale arengule.

Kliiniliselt on juhtivaks diagnostiliseks sümptoomiks ülakeha arteriaalne hüpertensioon A. Bakulevi (2) andmeil 95% haigetest, süstoolse rõhuga kuni 200—300 mmHg ja diastoolsega 100—150 mmHg. Samaaegselt on allkehal hüpotensioon, kusjuures vererõhk reiearteril pole sageli üldse määratav [Naumovi (8) järgi on arteriaalne vererõhk reiel kuni 20 mmHg kõrgem õlavarre omast]. Koormusel tõuseb ülakehas vererõhk veelgi samaaegse langusega allkehas, mis on iseloomulik koarktatsioonile ja omab diferentsiaaldiagnostilist tähtsust. Stenoosi paiknemisel kõrgemal *a. subclavia sinistra*'st on vererõhk langenud ka vasakul õlavarrel. Ülakeha hüpertoonia sümptoomidest tuuakse esile peavalu, kohisemist kõrvades, kuumatunnet ja pulsatsiooni ülakehas, nina verejooksusid, südamepekslemist, nägemishäireid ja hingeldust füüsiliste pingutuste puhul. Allkeha nähud jäävad tagaplaanile: jalad võivad olla suhteliselt jahedad ja väsivad kiiresti. Tsüanoosi adultsel vormil ei täheldata. G. Fedotova (9) jt. andmeil esineb silmapõhjas koarktatsioonile omaseid, hüpertooniatõvest erinevaid muutusi.

Teise olulise sümptoomina tuuakse esile ülakeha arterite tugevat pulsatsiooni samaaegse allkeha arterite äärmiselt madala, või isegi puuduva pulsiga. Muutused tulevad eriti hästi esile ostsillograafilistel uurin-gutel.

Kolmandaks põhisümptoomiks on kollateraalareringe leidumine A. Bakulevi (2) andmeil 75% juhtudest. Laiad kollateraalarterid võivad puududa stenoosi vähemal astmel. Kollateraälvõrk on avastatav interkos-taalarterite tugeva pulsatsiooni ja samas esineva süstoolse kahina kaudu. Röntgenoloogiliselt kinnitab kollateraalareringe olemasolu usuratsioonist tingitud hambulisus roiete alumistel äärtel, eriti IV—VII roide tagumises osas.

Sedastatakse südame vasaku vatsakese hüpertroofiat. Elektrokardio-graafiliselt esineb südametelje nihe vasakule. Auskultatoorselt tähelda-takse aordil II tooni aktsenti ja rinnaku vasakui äärel II roidevahemikus ning abaluude vahel I—IV rinnalüli kõrgusel stenoosist tingitud süstoolset kahinat, mis haarab ka osa diastoolist ja kandub unearteritele.

Diagnoosi täpsustamisel, eriti operatsiooni näidustuse määramisel, omavad suurt tähtsust röntgenoloogilised uuringud. Lisaks roiete usuuri-dele ja südame enamasti aortaalsele kujule täheldatakse laia, osal juhtu-dest aneurüsmaatilist, ülenevat aorti suhteliselt kitsa alaneva osaga. Sel-lest tingituna on aordikaar südame varju vasakul kontuuril tugevasti lamendunud. Vahel on kitsenemine otseselt nähtav II põikiseisus. Rönt-genikümogrammil sedastatakse üleneval aordil tugevat ja alaneval — pindmist pulsatsiooni, mis tuleb selgemini esile II põikiseisus. Spetsiaal-setest uurimismeetoditest on osutunud aordikitsuse stenoosi toopilises diag-nostikas kõige efektiivsemaks transkarotiidne aortograafia, mis ühtlasi toob hästi esile kollateraalide võrgu [P. Mazajev, V. Šiškin, N. Krakovski (6), B. Petrovski, G. Natslišvili (8), V. Zodieva (3), A. Bakulev, E. Mešal-kin (2)]. O. Marina (7) soovib kardioangiograafiat kontrastaine otsese viimisega südame vasakusse vatsakesse kui kõige täpsemat meetodit, eriti infantiilse vormi variantide eristamisel.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvestada esmajoones hüpertoonia-tõbe, järgnevalt aordi aneurüsme, oblitereeruvat endarteriiti jalgadel, kombineeritud südamerikkeid ja türeotoksikoosi.

Tallinna Vabariikliku Haigla prosektooris diagnoositi 1959. a. adult-set aordikitsuse stenoosi kahel juhul.

1. 43-aastane mees, oli varem olnud maarajoonihaiglas ambulatoorsel ravil diagnoosiga «Hüpertooniatõbi III staadiumis». Saabus rajoonihaiglasse raskes seisundis tugevate valuudega südame piirkonnas. Valud kiirgusid vasakusse õlga ja kätte. Pulss oli arütmiline, nõrk. Vererõhk õlavarrel 90/70 mmHg. Haige suri 4 tundi pärast saabumist. Kliiniline diagnoos «Hüpertooniatõve III staadium. Müokardi infarkt. Aterosklerootiline kardioskleroos».

Väljavõte lahanguprotokollist: Tugeva kehaehitusega. Aordikaare distaalses osas *a. subclavia sinistra* all paikneb väärtjas ahend, valendiku läbimõõduga 1 sm. Ülenevas osas on aort tugevasti laienenud, sisekestal leidub valkjaskollaseid naaste, Aordikaarelt lähtuvad arterid on laiad. Ahendist allpool on aordi valendiku laius tavaline, sisekest sile, puhas. Süda on 12,5×12×7 sm, vasaku vatsakese seinapaksus 2 sm, parema 0,5 sm. Ovaalne mulk on avatud, läbimõõt 0,8 sm. Pärgarterid on laienenud valendikuga, sisekestal rohkete kollakate naastudega. Lõikel on südamelihases halkjas-punakaspruun, vasaku vatsakese ees- ja tagaseinas ning vatsakeste vaheseinas leidub laialdasi tihkesidekoelisi alasid. Neerud on tihket konsistentsi, 11×5×4 sm suured, kihi eraldub kergesti, kihiuualune pind on sile. Aju basaalarterite sisekestal leidub rohkesti valkjaskollaseid naaste.

Histoloogiliselt oli aordikitsuse piirkonnas *intima* paksenenud; *media* sklerodeerunud, väheste elastsete kiududega. Aordi vahetus ümbruses leidis rohkesti kiude. Neerudes sedastati mõõdukat arteriosklerootilist nefrotsirroosi.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: Kaasasündinud südamerikked — aordikitsuse stenoos ja osaliselt sulgunud ovaalne mulk. Aordi üleneva osa ja -kaare, pärg-, une- ning rangluualuste arterite laienemine ja mõõdukas ateroskleroos. Südame vasaku vatsakese hüpertroofia ja dilatatsioon. Tugevakujuline müofibrootiline kardioskleroos.

2. 47-aastane naine, kes pidas ennast haigeks alates 1959. a. jaanuarist. Seni teinud rasket talutööd. On olnud 1 sünnitus, 2 aasta eest oli tundnud südamepekslemist ja hingeldamist, mis möödus. Nüüd kaebab südamepekslemist, hingeldust käies, jalgadel väikest turset öhtuti, vähesteid valusid südame piirkonnas. Objektivselt: pulss 100 korda minutis, vererõhk õlavarrel 150/50 mmHg. Perkutoorselt südamepiirid vasakule laienenud. Auskultatoorselt on toonid tuhmid, tipul jäme süstoolne kahin. Rinnakul III roidevahemiku kõrgusel kuuldu süstoolset ja diastoolset kahinat. Hingamine vesikulaarne, kopsude alumistes osades on rohkesti märgi raginaid. Maks palpeeritav. Röntgenoskoopiliselt sedastati pleura paremas õones väheselt vedelikku, kopsuväljade transparentsus vähenenud, mis on tingitud tugevnenud kopsuveenide võrgust. Süda on tugevasti suurenenud kõigis osades, eriti aga vasak vatsake ja pulmonaalkoonus. Aort pikenenud. EKG-il mõlema vatsakese müokardi tugev kahjustus, ülekaalus vasaku vatsakese hüpertroofia. WaR — negatiivne. Statsionaarsel ravil (kardiakad, diureetikumid) paranes haige seisund mõnevõrra, vererõhk tõusis 180/50 mmHg.

Kuu aja pärast saabus haige uuesti statsionaarsele ravile tugevate südamevereringe dekompensatsiooni nähtudega. 2. juulil 1959. a. haige suri. Kliiniline lõppdiagnoos: Aordi ja mitraalklapi puudulikkus mitraalsuistiku kitsenemusega. Krooniline kardio-vaskulaarne puudulikkus III. Astsiit. Fluidotooraks.

Väljavõte lahanguprotokollist: Keskealine naine. Kää- ja jalalabad tavalisest määrgatavalt suuremad. Jalgadel kuni puusaligesteni tainjas turse. Kõhuõõnes leidub umbes 2,5 liitrit selget kollakat vedelikku. Vasak kopsukelme õõs sidekoeliste liidetega, paremal umbes 0,6 liitrit selget kollakat vedelikku. Kopsud on komplemisel tihked, punakaspruunile lõikepinnale valgub rohkesti veresegust kobrutavat vedelikku. Parema kopsu alumise sagara bronhide vahel asub kopsukoest selgesti piirduv 1,5 sm läbimõõduga tihke, halkjaspunasekirju lõikepinnaga sõlm. Aordi ülenev osa on tugevasti laienenud, ümbermõõt 15 sm. Üleneva osa paremas seinas leidub lõhe, mis viib aordikeskkihti lõhestavasse, kuni fibroosse rõngani ulatuvasse, tihkesse sidekoelisse ruumi. Aordikaarelt lähtuvad arterid on laiad. Allpool *a. subclavia sinistra* paikneb kontsentriilne kollakas ahend valendiku ümbermõõduga 3,5 sm. Südame mõõtmed on 16×16×9 sm, 790 g raske. Kõik suistikud on märgatavalt laienenud, õõned suurenenud, südamelihases jämeda pörkja struktuuriga. Parema vatsakese seinapaksus on 0,7, vasaku 1,2 sm. Südame klapid on elastsed, puhtad. Pärgarterite valendik on laienenud, sisekest puhas. Maks mõõtmed on 28×22×9 sm, väga tihke, konarliku pinnaga, lõikepind kollakas-tumepruunikirju. Põrna suurus on 11×6×2,5 sm, konsistents väga tihe. Neerude mõõtmed on 10,5×6×4 sm, lõikepind halkjaspunane, joonis hägune.

Histoloogiliselt sedastati elastsete kiudude hulga vähenemist aordikitsusel, kiud on ebakorrapärase kuluga; rohkesti leidub kollageensidekude; *media*'s leidub tsüstilise nekroosi koldeid. Aneurüsmi seinas jagunevad elastsed kiud kaheks, sein on tugevasti sklerodeerunud. Kopsus leidis sõlm — teratoom, epiteeli, kõhre ja luu elementidega. Kopsus, maksas, neerudes ja põrnas oli krooniline venoosne pais.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: Kaasasündinud aordikitsuse stenoos. Üleneva aordi lõhustav sidekoestunud aneurüsm. Südame vatsakeste hüpertroofia ja dilatatsioon. Suhteline aordi- ja mitraalklapi puudulikkus. Kopsude, maksa, neerude ja põrna krooniline venoosne hüperemia. Anasarka. Astsiit. Hüdroperikard. Parempoolne hüdrotooraks. Akromegaalia. Kopsu teratoom.

Kirjeldatud juhtude kliiniline analüüs on puudulik, sest haigeid oli võimalik jälgida lühikest aega enne surma. Esimesel juhul diagnoositi hüpertooniatõbe vastavalt ülakehas esinenud hüpertooniatõbe kliinilisele pildile. Mõõdukas arteriosklerootiline nefrotsirroos vastab muutustele tõelise hüpertooniatõbe puhul. Tuleb arvestada neerude isheemiast tingitud renaalset hüpertooniat, nagu seda kirjeldavad Littmann ja Fono (5). Teisel juhul maskeerisid koarktatsiooni tüüpilist kliinilist pilti väljakujunenud südamevereringe dekompensatsiooninähtude koos suhtelise aordija mitraalklapi puudulikkusega. Kõrgenenud vererõhk ülakehas ilmnes mõõdukalt vaid üldseisundi ajutisel paranemisel. Akromegaalia on seostatav intensiivsemast verevarustusest tingitud ajuripatsi hüperfunktsiooniga [Klinke (10)]. Mõlemal juhul ei äratanud kollateraalvereringe tähelepanu kliinilisel uuringul ega lahangul, välja arvatud aordikaarelt lähtunud tugevasti laienenud veresoone, mis on seletatav aordi mõõduka kitsenemusega. Isoleeritud koarktatsiooni kui kaasasündinud vääramendi poolt räägivad embrüonaalse arengu häired: esimesel — osaliselt avatud ovaalne mulk, teisel — kopsu teratoom.

Proгноos nii elu kui töövõime suhtes on adultsel vormil suhteliselt hea, eriti küllaldase kollateraalvereringe korral. Haiged, kelle hulgas on raske füüsilise töö tegijaid, ka sportlasi [B. Kušeleviski, Z. Gorbunova (4)], peavad end sageli pikemat aega täiesti terveks (nagu see oli ka kirjeldatud juhtudel) ning koarktatsioon võib olla juhuslikuks leiuks lahangul. O. Marina (7) andmeil sureb 75% haigetest enne 40 eluaastat. Oluline on diagnoositud rikke puhul haige töörežiimi korraldamine. Infantiilse vormi puhul sureb suurem osa haigetest varases lapseas.

Surma põhjustest on sagedaim sklerodeerunud aordi ruptuur, mis võib toimuda üleneva aordi lõhustava aneurüsmi taustal; aju veresoonte rebendid, krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus ja alaäge endaortiit stenoosi ning endokardiit aordiklappide kohal.

Täielik tervistumine saavutatakse stenoosi resektsiooniga, mida esimesena teostas Crafoord 1944. a. Operatsiooni meetoditest kasutatakse resektsiooni aordi ots-otsaga ühendamisel või transplantaadiga (konserveeritud koolnu aort või polüvinüülalkoholtoru) ja anastomoosi suurte arterite kaudu. Letaalsus Crafoordi operatsiooni puhul on alla 7%, näidates vähenemise tendentsi [Klinke (10)].

Kokkuvõttes on aordikitsuse stenoos suhteliselt sage südame- ja veresoonte vääramend, millele tuleb mõelda arteriaalse hüpertoonia puhul, eriti nooremas eas. Põhiliseks diferentsiaaldiagnostiliseks võtteks on üla- ja allkeha arteriaalse vererõhu ja pulsi võrdlemine, mida tuleks teha kõigil hüpertoonikuil. Diagnoosi täpsustamisel on oluline kollateraalvereringe avastamine, mis osal juhtudest avaldub röntgenoloogilisel uuringul roiete usuuride kaudu. Seisundi varasel avastamisel saavutatakse operatiivse raviga täielik tervistumine.

KIRJANDUS

1. А. И. Абрикосов. Частная патологическая анатомия. Выпуск II. Сердце и сосуды. М., 1947. — 2. А. Н. Бакулев и Е. Н. Мешалкин. Врожденные пороки сердца. М., 1955. — 3. В. В. Зоднев. Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов. М., 1957. — 4. Б. П. Кушелевский, З. В. Горбунова. Сов. медицина, 1955, 5, 28—36. 5. П. Литманн, Р. Фано. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. М., 1954. — 6. П. Н. Мазаев, Н. И. Краковский, В. П. Шншкин, И. И. Савченко. Вестн. хирургии, 1957, 11, 96—102. — 7. О. Марина. Диагностика коарктации аорты. Автореферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 1959. — 8. Б. В. Петровский, Г. А. Нацлишвили. Вестн. хирургии, 1958, 7, 119—121. — 9. Г. А. Федотова. Вестн. офтальмологии, 1958, 2, 3—12. 10. K. K l i n k e. Diagnose und Klinik der Angeborenen Herzfehler. Leipzig, 1950. — 11. S. L. R o b b i n s. Textbook of pathology. Philadelphia-London, 1957.

В. Валдес

Резюме

Врожденный стеноз перешейка аорты или коарктация аорты является относительно частым уродством сердечно-сосудистой системы, что необходимо иметь в виду в случаях возникновения артериальной гипертонии, особенно в молодом возрасте. Для коарктации аорты характерны повышенное кровяное давление, высокая амплитуда пульса в артериях верхней части туловища и одновременно пониженное или низкое кровяное давление, а также в отдельных случаях непальпируемый пульс в артериях нижней части туловища. Сравнение артериального давления крови и пульса верхней и нижней частей туловища является основным дифференциально-диагностическим методом, который следовало бы применять у всех больных гипертонией. При уточнении диагноза существенное значение имеет выявление коллатерального кровообращения, которое в отдельных случаях проявляется при рентгенологическом исследовании в виде изъеденности ребер. При раннем выявлении заболевания оперативное лечение приводит к полному выздоровлению больного.

В статье описываются два случая, при которых врожденный стеноз перешейка аорты был диагностирован только на вскрытии. В одном случае болезнь протекала с картиной гипертонии, в другом — больной обратился в лечебное учреждение тогда, когда уже была обнаружена декомпенсация сердечно-сосудистой системы.

PLIIMÜRGIKUSTUSE DIAGNOSTIKAST

H. KAHN

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor
arstiteaduse kandidaat P. Bogovski)

Pliimürgistuse kliinilist pilti meenutavaid kirjeldusi on säilinud juba Hippokrateselt ja Galenoselt (11). Üksikasjalikumad andmed tinakoolikute kohta pärinevad Avicennalt. Tanguerel des Planches' töodes kirjeldatakse pliimürgistuse sümptoomidena koolikut, artralgiat, halvatust ja entsefalopaatiat. Veel möödunud sajandi algul esines ägedaid pliimürgistusi, mis kulgesid raske toksilise gastriidi kujul (6).

Tööstushügieeni arengu mõjul hakkas pliimürgistuse ägedate juhtude arv järk-järgult vähenema. Juba 1880. a. kirjutas Bernhard Naunyn*: «Tänapäeval on vaevalt olemas selliseid tööstuslikke tingimusi, kus plii ühekordne annus võiks põhjustada enam kui ägeda mürgistuse kerget astet» (6).

See aga ei tähenda pliimürgistuse juhtude täielikku vähenemist. Vastupidi, plii järjest laialdasema kasutamise tõttu uutes tööstusharudes tõusis krooniliste pliimürgistuste arv kiiresti. Näiteks registreeriti 1900. aastal Viinis 553 kroonilist pliimürgistuse juhtu, 1909. aastal aga juba 1058. Võrdluseks võib tuua elavhõbeda mürgistusi samas linnas: 1900. a. — 9 juhtu, 1909. a. samuti 9 juhtu (11).

L. Teleky andmeil langes käesoleva sajandi algul kõigi tööstuslike mürgistuste arvust 95% pliimürgistustele (10).

Pliimürgistuste sümptomatoloogiat põhjalikumalt uurides kirjutas H. Zangger (15) 1919. a., et pliimürgistuste sagedamini esinevateks sümptomideks on seedehäired, isutus, sõrmede treemor, aneemia, koolikud, tinaviirg ja tinalaigud suu limaskestal. Ta rõhutas, et enamikul juhtudest esinevad ainult üksikud sümptoomid, mille tõttu kroonilise pliimürgis-

* Bernhard Naunyn töötas 1869—1871 professorina Tartu Ülikoolis

tuse diagnoosimisel võib esineda tõsiseid raskusi. Seoses sellega juhtis ta õigustatult tähelepanu töötingimuste uurimisele ja plii kontsentratsiooni määramisele veres. Basofiilse teralisusega erütrotsüütide esinemisse, kui kroonilise pliimürgistuse sümptoomisse, suhtus H. Zangger kriitiliselt. Ainult 20—30% kroonilise pliimürgistuse juhtudest leidis ta haigeil üle 300 basofiilse teralisusega erütrotsüüdi ühe miljoni punase verelible kohta.

1930. a. rõhutab prof. N. A. Vigdortšik kroonilise pliimürgistuse nn. kardinaalsete tunnustena tinaviirgu, tinakoloriiti, iseloomulikke muutusi veres, koolikut ja porfüriini esinemist uriinis.

Pliimürgistuse kergele astmele pidas ta iseloomulikuks tinaviirgu, tinakoloriiti, basofiilse teralisusega erütrotsüüte kuni 3000 ühe miljoni erütrotsüüdi kohta, hemoglobiini vähenemist (mitte alla 60%), polükroomaasiat, anisotsütoosi, porfüriini esinemist uriinis ja neuralgilisi valusid jäsemetes (8).

Kui võrrelda neid 30 aastat tagasi avaldatud seisukohti 1951. a. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud pliimürgistuste klassifikatsioonis toodud pliimürgistuste astmete kirjeidusega (2), siis näeme, et ülaltoodud tunnused ei sobi enam pliimürgistuse kergele astmele, vaid iseloomustavad pigemini keskmise raskusega pliimürgistusi.

Tinaviirg ja tinakoloriit esinevad tänapäeval pliimürgistuse puhul harva.

Tinaviirg kujutab endast 1—2 mm laiust sinakashalli värvusega joont igemete piiril. Tavaliselt leidub see ainult ühel pool igemeid — kas palatinaalselt, bukaalselt või isegi interdentaalselt. Mõnikord võib igemetel suulael, keelel, huulte sisepinnal või põskede limaskestal esineda tila-laike.

Tinaviiru tekkemehhanism on lühidalt järgmine: osa limaskestadesse resorbeerunud plii ioone ühineb SH-gruppidega. Tekib pliisulfiid, mis ladestub kõigepealt kapillaaride seintesse ja kantakse histiotsüütide abil ümbritsevasse sidekoesse (13).

Hoolitsemine suu hügieeni eest väldib tinaviiru tekkimist. Asjatundmatuse korral võib esineda juhtumeid, kus paradontoosist tingitud igemekotikeste hallikat värvust diagnoositakse kui tinaviirgu. Tähtne viga tehakse sageli pliiga kokkupuutuvate tööliste meditsiinilistel läbivaatustel.

Niinimetatud tinakoloriidi all tuleb mõista hallikas-kahvatut naha-värvust, mida seostatakse aneemiaga kui ka naha veresoonte spasmiga.

Kroonilise pliimürgistuse märksa sagedasemaks sümptoomiks on tinakoolikud, mis tekivad seedetrakti innerveeriva vegetatiivse närvisüsteemi düsfunktsiooni tagajärjel. Enamikul juhtudest tekivad valud naba ümbruses ning kiirguvad hüpoo- kui ka epigastriumi. Nad võivad kesta mõnest tunnist kuni kahe nädalani. Diferentsiaaldiagnostiliselt on oluline silmas pidada, et tinakooliku ajal on kõhukatted sisse tõmbunud ja valu väheneb kõhule vajutamisel.

Tinakooliku tekkimine viitab tavaliselt kaugele arenenud plii-intoksikatsioonile. Kergema pliimürgistuse puhul avalduvad seedetrakti innervatsioonihäired kõhukinnisuse ja mööduka intensiivsusega kõhuvalude näol.

Mõnikord võib kroonilise pliimürgistuse kliinilises pildis esiplaanil olla toksiline hüpokroomne aneemia. Varem seostati niisugust aneemiat plii hemolüütilise toimega. Tänapäeval peab enamik autoreist selle põhjuseks plii kahjulikku mõju vereloome elunditele. Selline seisukoht aitab muuhulgas paremini mõista, miks enne hemoglobiini protsendi alanemist suureneb veres basofiilse teralisusega erütrotsüütide ja retikulotsüütide arv. Nende rakkude määramisele omistatakse pliimürgistuse diagnostikas

tänapäeval suurt tähtsust. Basofiilse teralisusega erütrotsüüte võib esineda perifeerses veres normaalselt 300—400 rakku ühe miljoni punase vereleible kohta ja retikulotsüüte kuni 5%.

Porfüriinuuria on üheks tõepärasemaks pliimürgistuse objektiivseks näitajaks. Sellepärast omistatakse viimasel ajal järjest suuremat tähelepanu porfüriini määramisele uriinis. Porfüriini määramine uriinis poolkvantitatiivse meetodiga on suhteliselt lihtne. Siinjuures tuleb aga märkida, et porfüriinuuria pole pliimürgistuse spetsiifiline sümptoom. Juba 1900. aastal tunti porfüriini eraldumist uriiniga ägeda liigestepõletiku, tüüfuse, koolera ja vaimuhaiguste puhul (14).

Mõnikord võivad kroonilise pliimürgistuse kliinilises pildis prevaleeruda toksilise hepatiidi tunnused (1).

Rea autorite andmeil alaneb pliimürgistuse puhul koliinesteraasi aktiivsus (5), suureneb vase kontsentratsioon veres (9), kujuneb askorbiinhappe defitsiit (3).

Pliimürgistuse algstaadiumis omavad esmajärgulist tähtsust närvisüsteemi funktsionaalsed häired. Eriti iseloomulik on vegetatiivse düsfunktsiooni kujunemine asteenilisel foonil (4).

L. Vinogradova (9) andmeil on pliiga kokkupuutuvatel töelistel kõige sagedasemaks kaebuseks peavalu ja väsimustunne. Sageli esineb kaebusi unehäiretele, söögiisu alanemisele, valudele kõhus, kõhukinnisusele, higistamisele, kehakaalu langusele.

Meie poolt arvele võetud 37-l kroonilise pliimürgistustunnustega töölisel esinesid järgmised kaebused.

Kaebused	Inimeste arv	%	Kaebused	Inimeste arv	%
Pidev väsimus	28	75	Närvilisus	16	43
Kõhukinnisus	19	51	Valud südame piirkonnas	14	38
Valud kõhus	18	48	Unehäired	13	35
Higistamine	18	48	Kehakaalu langus	10	27
Peavalu	17	46	Halb mälu	7	19

Peale selle kaebas viis meest alanenud sugutungi. Neli naist, kes günekoloogilisel läbivaatusel osutasid terveteks, kaebasid steriilsust.

Ülalinimetatud töölistel esines sageli karioosseid hambaid (67% juhtudest) ja paradontoosi (35% juhtudest).

Retikulotsütoos esines üle poolte läbivaadatutest, kusjuures enamikul juhtudest ei ületanud see kümmet promilli. Basofiilse teralisusega erütrotsüütide arvu suurenemist esines 35% uuritutest, kusjuures üle 1000 basofiilse teralisusega erütrotsüüdi esines ainult üksikjuhtudel.

Kolmel töölisel esines mõõdukas tinakoloriit. Tüüpilisi tinakoolikuid esines üksikjuhtudel. Ühelgi meie poolt uuritud töötajal ei esinenud tinaviirgu.

Juba nendest vähestest andmetest näeme, et meie vabariigis esinevad peamiselt kerged pliimürgistused.

Suurt tähtsust pliimürgistuste diagnostikas omab plii kontsentratsiooni määramine veres ja uriinis. Siinjuures peab silmas pidama, et plii eritumine uriiniga ei olene ainult veres tsirkuleerivast plii kontsentratsioonist, vaid ka neerude funktsionaalsest seisundist, tarvitatavast toidust ja mitmetest teistest teguritest. Mõnikord võib esineda uriinis suhteliselt kõrge plii kontsentratsioon juhtudel, kui organismi hea adaptatsioonivõime tõttu on tekkinud tasakaal organismi sattuva ja organismist erituva plii koguse vahel. Niisugused inimesed võivad palju aastaid töötada pliiga, ilma et neil tekiks pliimürgistust (11).

Sellepärast tuleb plii kontsentratsiooni veres pidada märksa täpsemaks pliiürgistuse astme näitajaks.

Kuid ka siin ei tohi unustada, et ainult plii kõrgenenud kontsentratsioon uriinis või veres ei anna veel õigust diagnoosida pliiürgistust. Siis aga, kui neile lisanduvad teised objektiivsed ja subjektiivsed pliiürgistuse tunnused, saab rääkida pliiürgistusest. Vastasel korral on tegemist nn. pliikandlusega.

Enamik autoreid peab pliisisaldavuse lubatud ülemmääraks uriinis 0,03—0,04 mg/l ja veres 0,05—0,06 mg%. J. Teisingeri polarograafilise meetodiga määramisel on selleks piiriks aga 0,07—0,10 mg% (7). Seega tuleb silmas pidada, et analüüsi tulemused sõltuvad suurel määral kasutatavast meetodist.

Pliiürgistust ei saa diagnoosida ilma töölise konkreetseid töötingimusi tundmata. Kehtivate normatiivide kohaselt peetakse lubatud plii kontsentratsiooniks õhus 0,00001 mg/l. Lisaks sellele võib plii sattuda organismi ka seedetrakti kaudu (söömine või suitsetamine pliitolmuga määrdunud kätega jne.).

Kokkuvõttes võib öelda, et tänu tööstushügieeni arengule ja tootmisprotsesside täiustumisele Nõukogude Liidus on pliiürgistuste kliiniline pilt meil muutunud järk-järgult kergemaks. Tinaviirgu, tinakoloriiti ja isegi tinakoolikut kohtame tänapäeval harva. Pliiürgistuse objektiivsest sümptoomidest väärib esiletõstmist retikulotsütoos, basofiilse teralisusega erütrotsüütide esinemine (üle 300—400 raku 1 miljoni erütrotsüüdi kohta), positiivne porfüriini reaktsioon uriinis ja kõrgenenud pliisisaldus veres ja uriinis.

Pliiürgistuste varajaste sümptoomide õigeaegne diagnoosimine aitab vältida pliiürgistuse tõsisemate vormide kujunemist.

Pliiürgistuse kliinilise pildi mitmekesisus ja üksikute sümptoomide kombinatsioonide rohkus nõuab kõikide komponentide — haige kaebuste, patsiendi läbivaatuse tulemuste, hematoloogiliste muutuste, veres ja uriinis sisalduva pliikoguse ja töötingimuste kompleksset hindamist.

KIRJANDUS

1. Агранович Б. Я. Клиника и патология токсико-химических повреждений печени. М., 1948. — 2. Движков П. П., Дрогичина Э. А. и др. Отравления неорганическими соединениями А. Металлы и их соединения. Свинiec. В кн.: Профессиональные болезни. Под. ред. Петавет А. А. и др. М., 1957. — 3. Ганусова В., Михайлова Ц. Труды Института гигиены труда и профзаболеваний, изданные в период от 1952—1956. Прага, 1957. — 4. Грацианская Л. Н., Розенцвит Г. Э. Труды научной сессии Ленинградского научно-исследовательского института гигиены труда и профессиональных заболеваний, посвященной итогам работы за 1955 г. Л., 1958. — 5. Кирячко Б. А. Гигиена и санитария, 1957, 8, 30—34. — 6. Наунин Б. Отравления тяжелыми металлами и их солями, включая мышьяк и фосфор. В кн.: Руководство к частной патологии и терапии. Под. ред. Г. Цимссена. т. 15. Харьков, 1880. 221—316. — 7. Тейсингер Я., Шкрамовская С., Сброва Я. Химические методы исследования биологического материала в промышленной токсикологии. М., 1959. — 8. Вигдорчик Н. А. Профессиональная патология. М.-Л., 1939. — 9. Виноградова Л. М. Содержание свинца и других микроэлементов в уроне рабочих, контактирующих со свинцом на производстве. Автореферат дисс. Минск, 1959. — 10. Brugsch, T. Lehrbuch der inneren Medizin. Bd. 2. Berlin-Wien, 1937. — 11. Dinischiotu, G. T., Radulescu, I. C., Freda, N., Georgescu, A. M. Archiv für Gewerbepathologie und Gewerbehygiene, 1959, Nr. 17 s. 127—147. — 12. Fischer, R. Weyls Handbuch der Hygiene. Bd. 7. Leipzig, 1921, s. 853—383. — 13. Koelsch, F. Handbuch der Berufskrankheiten. Jena, 1959. — 14. Laache S. Krankheiten des Blutes. In Handbuch der praktischen Medizin. Hrsg. v. W. Ebstein. Bd. 2. Stuttgart 1900, 3—124 — Zangger, H. Die Vergiftungen. Blei und Bleiverbindungen. Im Handbuch der inneren Medizin. Hrsg. v. L. Mohr. R. Staehelin, Bd. 6. Berlin, 1919, 590—599.

Х. Кахк

Резюме

Из объективных симптомов хронического свинцового отравления наиболее важным являются порфирурия, ретикулоцитоз, базофильная зернистость эритроцитов, повышенная концентрация свинца в крови и моче.

Свинцовая кайма, свинцовый колорит и свинцовая колика, наблюдавшиеся часто в XIX и начале XX столетия, встречаются в наши дни редко.

По данным автора, у рабочих, имеющих признаки хронического свинцового отравления, наиболее частыми жалобами являются постоянная усталость, запор, боли в животе, потливость, головные боли и нервозность.

Многообразность клинической картины хронического свинцового отравления делает необходимым учитывать комплекс всех симптомов, а также конкретные условия труда.

KUTSEHAIGUSTE ESINEMISEST EESTI NSV VETERINAAR-TÖÖTAJATEL

L. LEESMENT

(Vabariiklikust Veterinaarbakterioloogia laboratooriumi si, juhataja I. Soidro)

Veterinaartöötajate kutsehaiguste esinemise kohta Eesti NSV-s puudusid seni ülevaatlikud andmed. 1958. aastal saatis Vabariiklik Veterinaarbakterioloogia Laboratoorium vastava ülevaate saamiseks kõigile rajooni peaveterinaararstidele ankeetlehe. Ankeedile vastasid isiklikult või peaveterinaararsti kaudu 89 veterinaartöötajat. Eesti Põllumajanduse Akadeemia õppejõududel saab andmeid 7 isiku haiguse kohta.

Meie kutsetöös jacksondade ja sovhooside oludes, samuti ka õppeja laboratoorse tööga tegelevatel veterinaararstidel esineb mitmesuguseid vigastusi. Ka on ette tulnud kergemaid või raskemaid mürgistusi või söövitussuhtumeid, eriti desinfektsioonitöödel seelikivi, formaliini, karboohappe ja kloorgaasiga.

Järgnevalt käsitleme ainult kutsetöoga seotud nakkusliku iseloomuga haigestumisi.

Saadud andmeist nähtub, et seoses kutsetöoga haigestunud veterinaararstidest on brutselloosi diagnoositud kuuel, sigade punataudi üheteistkümmel, furunkuloosi ja muid nahahaigusi viiel inimesel. Nahahaigusi ei ole ravivad meditsiinasutused täpsemalt diagnoosinud. Ka enamikus ankeetides on kirjeldatud haigust pealiskaudselt. On esinenud dermatomükooze, nahalööbeid jm. Veiste tuberkuliini kehasse sattumise tagajärjel haigestus kolmkümmend veterinaartöötajat, neist raskekujuliselt seitse. Üldse esines üheksakümmne kuuest andmeid esitanud veterinaararstist tõsisemaid haigestumisi kolmekümmne kuuel. Rida isikuid on oma kutsetöös aastate jooksul läbi põdenud 2—4 kutsehaigust (vt. tabel).

Haigestunud isikute arv	Kutsehaiguse nimetus			
	brutselloos	sigade punataud	naha-haigused	«tuberkuliini-haigus»
4	—	+	+	+
1	+	+	+	+
1	—	+	+	—
1	—	—	+	+

Haigestumiste sagedus või teatud haigused ei sõltu esitatud andmete põhjal veterinaartöötajate eest ega kutsealasest tööstaažist. Nii on brutselloosi haigestunute hulgas kaks nooremat isikut. Üks neist töötas poolteist aastat enne haigestumist majandis, kus leidis brutselloosihaigeid veiseid. Teistel pikemat aega töötanud veterinaararstidel oli nakkusallikaks brutselloosihaige veisekari, mida nad pikemat või lühemat aega teenindasid. Ka muude kutsehaiguste puhul ei ole võimalik kindlaks teha seost töötaja eaga või kutsetöö kestusega. Näiteks on veise tuberkuliini naha alla sattumise tagajärjel haigestunute hulgas veterinaararste tööstaažiga üle kahekümne aasta, samuti haigestus üks praktikant, veterinaarteaduskonna üliõpilane.

Brutselloosi haigestus saadud andmeil kuus veterinaararsti, neist kaks raskesti, mille tagajärjeks oli invaliidsus. Üks viimatinimetatutest kirjeldab brutselloosinakkuse kulgu järgnevalt: «Haigus algas ägedal kujul ja sundis mind umbes kaheks ja pooleks kuuks voodisse jääma. Nakkusallikaks oli brutselloosihaige lehm, kellel käega päramisi kõrvaldasin. Haigust ravisid arstid juunikuust septembrini gripina, alles septembris tehti kindlaks brutselloos. Haigus kahjustas tugevasti südant, mistõttu sain tööle asuda pool aastat hiljem. Viis aastat pärast esmakordset haigestumist esines retsidiiv koos komplikatsioonidega, nagu pankrease ja kilpnäärme kahjustused ning vereringehäired. Sel korral kestis haigus seitse kuud, millest viie kuu jooksul olin haiglas. Nelja aasta pärast tekkis uus retsidiiv. Praegu on esmakordsest haigestumisest möödunud 17 aastat, haigus esineb juba pidevalt, ägenedes varakevadel ja hilissügisel. Sel ajal esinevad kergekujuline kehatemperatuuri tõus, rohke higistamine, tugev roidumus, lihaste, liigeste ja kõhuvalud. Sageli tekivad säärelihaste krambid, mis kestavad mitu päeva. Viimastel aastatel on suurenenud allergilised nähud, ei talu paljusid ravimeid, nende hulgas rutiini, analgiini ja A-vitamiini.»

Teised brutselloosi haigestunud on põdenud lühemat aega. Haigus on kestnud mõnest kuust kuni aastani, retsidiive ei ole tekkinud, kuid komplikatsioonid, nagu südame ja maksa kahjustused, on püsinud aastate jooksul.

Ühel veterinaararstil algas brutselloos vappekülmaga ja vasaku puusaliigese valudega, takistades liikumist. Hiljem suurenes põrn ja tekkis pidev palavik. Ravi oli sümptomaatiline: puusaliigese põletiku vastu manustati välispidiselt linimente, tehti sooje, niiskeid mähiseid ja anti sisse salitsüülipreparaate. Pranemise staadiumis kasutati järelovina kuumi rabamähiseid. Üks veterinaararst kaebas, et pärast brutselloosi haigestumist esinesid tal perioodiliselt tugevad peavalud, kukialihaste kangestumine ja osaline näonärvi halvatus. Mitmed kasutatud ravimid ei aidanud, kuid novokaiinisüstid andsid lõpuks häid tagajärgi.

Lääne-Saksamaal moodustab Herteri (1956) andmetel veterinaararstide kutsehaigustest 15% brutselloos.

Peale isikliku passiivse profülaktika brutselloosi nakatumise vältimiseks on veterinaararstid kohustatud koos meditsiinitöötajatega brutselloosihaige karja talitajatele selgitama ja aitama majandites sisse seada brutselloosi tekkimise ja leviku vältimise abinõusid.

Sigade punataudi on põdenud 11 veterinaararsti, neist kolm korduvalt. Inkubatsiooniperiood kestab 3—4 päeva. Tunnusteks on nakkuse sissetungimise kohal naha punetus, turse, valulikkus, enamasti ka kergekujuline üldhaigestumine. Nakkus on tekkinud enamikul juhtudel sigade punataudi lõpnud korjaste lahkamisest naha kriimustamisel teravate puutstega, ühel juhul liha vaatlusel ja kolmel juhul sigade punataudi eluskultuuriga, mida kasutati sigade kaitsesüstimiseks Saksa okupatsiooni ajal. Sigade punataud on inimestel paranenud enamikul juhtudel

mõne päeva või nädala jooksul erilisi komplikatsioone jätmata. Raviks on kasutatud sigade punataudivastast seerumit, sulfaniilamiidpreparaate ja viimasel ajal ka antibiootikume. Huvitav on veterinaararst S. kirjeldus: «Punataudi tõttu haigestunud sõrme raviti intrakutaansete penitsilliin-süstete blokaadiga 4—5 korda 1 nädala jooksul. Selle aja jooksul paranes haigestunud koht, kusjuures mõne nädala pärast eemaldusid nahaketud ja järgnes täielik paranemine.»

Furunkuloosi on esinenud kuuel veterinaararstil pärast abiandmist raskete sünnituste korral, eriti emfüseemilisi looteid või ka päramisi kõrvaldades. Mädapaiseid on enamasti tekkinud kätel, harvemini mujal kehapinnal. Raviks on kasutatud lokaalselt desinfitseerivaid vahendeid, sulfaniilamiidpreparaate ja antibiootikume. Ühe veterinaararsti ravimisel kutsehaigusena esinenud furunkuloosi puhul osutus tõhusaks autohemoteraapia.

Nahahaigused kuuluvad veterinaartöötajatel sagedaste kutsehaiguste hulka. Ankeedi täitjatest on mitmesuguseid, mõnikord mitte täpselt diagnoositud nahahaigusi põdenud viis veterinaararsti. Loomade rektaalsed ja tupekaused uurimised kuuluvad veterinaararstide igapäevaste tööde hulka. Need võtted on tingimata vajalikud ahtruse tõrje puhul, tiinuse ning mitmesuguste tiiruvormide ja kõhukelmepõletikkude diagnoosimisel. Kutsehaigusena esinenud nahahaigused on ravile allunud enamasti väga raskesti. Pärast ajutisi näilikke tervistumisi haigused sageli korduvad. Veterinaararst R. kätel esinev ekseem kestis ravile vaatamata üle 10 aasta. Kujunes välja käenaha ülitundlikkus karboolhappe, jodoformi ja mõne teise ravimi suhtes.

Nahahaigustest hoidumiseks on soovitatav enne rektaalset või vaginaalset uurimist käsi katta mõne desinfitseeriva salviga või vähemalt vaseliiniga. Eriti tuleb silmas pidada, et enne ja pärast nimetatud uurimiste läbiviimist ei või käsi harjaga pesta. Tuleb kasutada pikki kummi-kindaid.

Tuberkuliinireaktsioon on esinenud kutsehaigustest kõige sagedasem. Üheksakümne kuuest andmeid esitanud veterinaararstist on «tuberkuliinitõbe» esinenud 30 isikul, neist seitsmel raskel kujul.

Veterinaararst L. kirjeldab haigestumist järgmiselt: «Reaktsioon tuberkuliinile veiste tuberkuliini naha alla sattumisel esines mul juba 1938. a. Hiljem on karjade tuberkuliniseerimisel mulle korduvalt sattunud tuberkuliini naha alla, mille järel sõrm harilikult tursub juba mõni tund pärast tuberkuliini sattumist naha alla. Sellega kaasuvad valulikkus ja funktsioonihäire. Süsteukoht paraneb 3—5 päeva jooksul ja haigestunud sõrme töövõime taastub. 1956. aastal sattus veiste tuberkuliniseerimisel süstla nõel minu vasakusse nimetissõrme, vigastades seejuures ka periosti. Sellele järgnesid kiire ja tugev sõrme paistetus ning valutunne. Valu leevendamiseks katsetasin viina-, savimulla-äädika jt. kompressidega, kuid tulemusteta.

Polikliiniku arst, kuulunud ära anamneesi, laskis valveõel teha sõrmele rivanoolikompressi, kuid kasu sellest polnud. Üldine kehatemperatuur ei kõrgenenud. Erilisi häireid peale väga tugeva valutunde ei esinenud, kuid käsi oli töövõimetu üle kahe nädala. Vigastusest jäi sõrmeliiges paindumatuks, jämedamaks ja külmakartlikuks.»

Professor V. Goerttler (1956), käsitledes allergilisi reaktsioone veiste tuberkuliniseerimise tagajärjel, kirjutab: «On tähelepanuväärne, et säära- rastest vigastustest, niipalju kui minul on ülevaadet kirjandusest, ei ole seni kusagil teatatud. Säära- raste raskete haigestumisjuhtude puhul on raviga meditsiinarstid oletanud haiguspõhjusena septilist infektsiooni. See pole aga õige, sest pole olemas sepsise tekitajaid, mille puhul juba mõne tunni jooksul ei tekiks süstekohal ja selle ümbruses tugev põletik. Teine võimalus raskete haigusnähtude selgitamiseks on tugev allergiline reakt-

sioon, mis näitab tuberkuloosiprotsessi olemasolu. See võimalus on siiski ainult osaliselt õige. Raskelt tuberkuliinireaktsiooni põdenuid on pärast haigusest tervistumist kõigi meetoditega uuritud, kuid neil ei leitud tuberkuloosseid muutusi.

Kõige tõenäolisem on kolmas seletus: raske haigestumise põhjuseks on tugev allergia tuberkuliini suhtes selle korduval sattumisel organismi. Organism on tuberkuliini suhtes hüpersensibiliseeritud. Seega ei tähenda tekkiv tormiline reaktsioon niivõrd tuberkuloosi, kuivõrd omandatud (akvireeritud) tundlikkust tuberkuliini suhtes. Nähtavasti on veel mõningaid teisi põhjusi, mis tekitavad tugevat reaktsiooni. Tuberkuliini tootmisega tegelevatel töötajatel on sageli täheldatud ülitundlikkust tuberkuliini suhtes. Need töötajad on haigestunud ka siis, kui tuberkuliini vigastuse kaudu organismi ei ole sattunud.»

Käesoleva ülevaate eesmärgiks on: 1) juhtida meditsiinitöötajate tähelepanu veterinaartöötajatel esinevate haiguste anamneesi õigeks väljaselgitamiseks, et haigusi täpselt diagnoosida ning neid kaasaja teadmistelega vastavalt ravida, 2) veterinaartöötajatele enestele selgitada vajadust teadlikult ja tõsiselt suhtuda kõigisse nakkuse võimalustesse ja alati rakendada maksimaalselt kõiki ettevaatusabinõusid nakkuse vältimiseks.

KIRJANDUS

1. Hertter. Tierärztliche Umschau, 1956, 6, 214. Ref. H. Magnus: «Morbus-Bang, eine grosse Gefahr für den Tierarzt», Monatshefte für Veterinärmedizin, 1957, 12, 227—229. — 2. Goerttler, V. Monatshefte für Veterinärmedizin, 1956, 11, 385—388.

О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ВЕТЕРИНАРНЫХ РАБОТНИКОВ ЭСТОНСКОЙ ССР

Л. Леесмент

Резюме

В статье приводятся разработанные данные о наблюдающихся профессиональных заболеваниях заразного характера у ветеринарных работников Эстонской ССР.

Из 89 анкет, представленных ветеринарными врачами, выяснилось, что при профессиональной работе заразились: бруцеллезом — 6, свиной краснухой — 11, фурункулезом и другими кожными заболеваниями — 5 человек.

В результате попадания бычьего туберкулина в организм реакция наблюдалась у 30 ветработников, из них у 7 в тяжелой форме. Анкетные данные показали, что заболевания не были связаны с возрастом и стажем работы ветврачей.

Далее описываются клинические признаки и течение болезни у отдельных ветработников с бруцеллезом, свиной краснухой и туберкулезом.

Медицинским работникам следует тщательнее собирать анамнез у болеющих ветработников с тем, чтобы ставить правильный диагноз и оказывать своевременно квалифицированную помощь, а также обращать внимание ветработников на необходимость принимать меры предосторожности во избежание заразных заболеваний.

LASTE JA NOORUKITE INFITSEERUMUS TUBERKULOOSI TALLINNAS

S. KÕIV

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst
J. Varrik)

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakond uuris 1958. aastal laste ja noorukite infitseerumust tuberkuloosi Tallinnas. Dispanseri lasteosakonna arstid I. Einas, L. Lohk, S. Murik, E. Raukas ja A. Valler ning lasteosakonna meditsiiniõed V. Kantemus, H. Koolberg, E. Lilender, M. Likk ja E. Truus tegid lastele ja noorukitele Pirquet' proovi ning kontrollisid reaktsiooni tulemusi koolides, lasteaedades, lastesõimedes ning kodustel lastel.

Infitseerumust tuberkuloosi ei ole Tallinnas varem niisuguses ulatuses uuritud. Sellepärast ei ole võimalik uurida tuberkuloosi infitseerumise dünaamikat, mis kahtlemata pakuks huvi ja omaks praktilist tähtsust.

Meie piirdusime oma töös Pirquet' reaktsiooniga, Montoux' reaktsiooni lastele ja noorukitele ei tehtud, sest seda reaktsiooni ei saa enam hinnata aktiivse infitseerumise näitajana [M. Pohhitonova (3), V. Markuzon (2)]. Eriti viimastel aastatel massiliselt läbiviidud tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise tagajärjel on paljudel täiesti tervetel tuberkuloosist infitseerimata lastel ja noorukitel Montoux' reaktsioon positiivne, kuna organism muutub BCG-vaktsiini mõjul allergiliseks ning vastab nahasisesele (Montoux') tuberkuliiniproovile positiivse reaktsiooniga [V. Markuzon (2), M. Pohhitonova (3)]. Positiivset Pirquet' reaktsiooni loetakse organismi virulentsete tuberkuloosi mükobakteritega infitseerumise tunnuseks.

Pirquet' proov tehti lastele ja noorukeile ühekordselt 100-protsendilise tuberkuliiniga. Üldse tehti Pirquet' proovi 5353 lapsele ja noorukile ning reaktsiooni tulemusi kontrolliti 5226 lapsel ja noorukil (97,6%). Pirquet' reaktsiooni kontrolliti 48 tunni möödumisel (tabel 1).

Tabel 1

Lastele ja noorukitele teostatud ja kontrollitud Pirquet' reaktsioon

	Teostatud Pirquet' proovi	Kontrollitud
Kooliõpilased	2715	2621
Lasteaia lapsed	1291	1263
Lastesõime lapsed	837	836
Kodused lapsed	510	506
Kokku	5353	5226

Lastest, kellel Pirquet' reaktsiooni tulemusi kontrolliti, oli poisse 2506 (48%) ja tüdrukuid 2720 (52%).

Uuritud lastest ja noorukitest oli BCG-vaktsiiniga revaktsineeritud 1515 (29%) ja revaktsineerimata 3711 (71%).

ECG-vaktsiiniga revaktsineeritud poisse oli 734 (48,4%) ja tüdrukuid 781 (51,6%), revaktsineerimata poisse 1772 (47,8%) ja tüdrukuid 1939 (52,2%).

Pirquet' reaktsiooni hindamiseks mõõdeti paapuli ja hüpereemia diameeter millimeetrites ning tulemused liigitati järgmiselt: 1) negatiivne, 2) ainult hüpereemia, 3) paapul alla 5 mm ja 4) paapul 5 mm ja rohkem.

Tuberkuloosi nakatunuiks loeti lapsed ja noorukid, kellel Pirquet' reaktsioon oli positiivne (paapul 5 mm ja rohkem).

Nakatumine tuberkuloosi lastel ja noorukeil Tallinnas: 0 kuni 3 aastani 5,3%, 4 kuni 7 aastani 10%, 8 kuni 14 aastani 27,1% ja 15 kuni 18 aastani (noorukid) 40,8%.

Suur vahe infitseerumuse protsendis on BCG-vaktsiiniga revaktsineeritud laste ja noorukite ning revaktsineerimatute vahel. Vahe ei ole märgatav lastel 0 kuni 3 aastani, see suureneb laste vanuse tõusuga ja on kõige kõrgem 15- kuni 18-aastastel noorukeil (revaktsineerituil 10,7%, revaktsineerimatuil 48,1%). (Tabel 2)

Tabel 2

Infitseerumus tuberkuloosi revaktsineeritud ning revaktsineerimata lastel ja noorukitel (protsentides)

	0 kuni 3 a.	4 kuni 7 a.	8 kuni 14 a.	15 kuni 18 a.
BCG-vaktsiiniga re-vaktsineerituil	5,3	5,5	8,9	10,7
Revaktsineerimatuil	5,3	12,9	36,3	48,1

Erinevusi on ka poiste ja tüdrukute tuberkuloosi infitseerumise vahel. Infitseerumise protsent on kõrgem poistel, välja arvatud 8 kuni 14 aasta vanused (tabel 3).

Tabel 3

Infitseerumus tuberkuloosi poistel ja tüdrukutel (protsentides)

	0 kuni 3 a.	4 kuni 7 a.	8 kuni 14 a.	15 kuni 18 a.
Poisid	5,8	10,5	26,8	46,1
Tüdrukud	4,8	8,7	27,3	37,3

ECG-vaktsiiniga revaktsineeritud poistel on infitseerumuse protsent madalam kui tüdrukutel, välja arvatud 8- kuni 14-aastased (tabel 4).

Tabel 4

Tuberkuloosi infitseerumus vaktsineeritud poistel ja tüdrukutel (protsentides)

	0—3 a.	4—7 a.	8—14 a.	15—18 a.
Poisid	5,0	5,1	11,1	9,1
Tüdrukud	5,5	5,9	6,8	11,7

BCG-vaktsiiniga revaktsineerimata poiste infitseerumuse protsent on kõrgem kui tüdrukutel, välja arvatud 8 kuni 14 aasta vanused (tabel 5).

Tabel 5

Infitseerumus tuberkuloosi revaktsineerimata poistel ja tüdrukutel (protsentides)

	0—3 a.	4—7 a.	8—14 a.	15—18 a.
Poisid	6,0	15,3	35,0	54,2
Tüdrukud	4,7	10,5	37,3	44,0

Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser uuris tuberkuloosi infitseerumust ja haigestumist laste ja täiskasvanute hulgas endises Kose rajoonis 1957. a. [H. Pullisaar (5)]. Infitseerumus arvestati välja Pirquet' reaktsiooni positiivsete ja selles kahtlustatavate tulemuste alusel ning seetõttu näib infitseerumus tuberkuloosi endises Kose rajoonis olevat kõrgem, kui Tallinna lastel 0—3 aastani ja noorukeil (tabel 6). Kui aga välja arvestada infitseerumust endises Kose rajoonis Pirquet' reaktsiooni positiivsete tulemuste järgi, siis on infitseerumuse protsent lastel igas vanuses ja noorukeil endises Kose rajoonis madalam kui Tallinnas (tabel 6), mis on täiesti tõeäoline ning normaalne nähtus, sest epidemioloogilistel ja mõnedel teistel põhjustel on tuberkuloosi infitseerumus maal madalam kui linnas.

Tabel 6

Infitseerumus tuberkuloosi lastel ja noorukitel endises Kose rajoonis ja Tallinnas

	0—3 a.	4—7 a.	8—14 a.	15—18 a.
Tallinnas	5,3	10,0	27,1	40,8
Endises Kose rajoonis				
{ Positiivne Pirquet' reaktsioon	1,7	3,7	17,0	26,9
{ Positiivne ja kahtlane Pirquet' reaktsioon	7,2	8,9	26,8	45,1

Infitseerumuse võrdlemiseks teiste autorite andmetega tuleb laste vanused ümber liigitada, sest liigituste osas on suuri erinevusi. Vanuste ümberliigitamisel on tuberkuloosi nakatumise protsent Tallinnas järgmine: 0 kuni 3 aastani 5,3%, 4 kuni 6 aastani 8,7%, 7 kuni 12 aastani 22,5%, 13 kuni 14 aastani 36,1% ja noorukeil (15—18 aastani) endiselt 40,8%.

Gruusia NSV neljas rajoonis oli 1953.—1954. a. I. Šengelia (6) andmeil maaelanike hulgas infitseerumus tuberkuloosi lastel ja noorukeil järgmine: 4 kuni 6 aastani 5,05% ja 15—18 aastani (noorukid) 28,9% (Tallinnas vastavalt 8,7% ja 40,8%).

Läti NSV-s oli E. Kuginite (7) andmeil noorukite infitseerumuse protsent linnas 70,5 ja maal 56,4, mis on kõrgem kui Tallinnas (40,8%).

Nõukogude Liidu erinevates linnades on infitseerumus tuberkuloosi erinev, kõikides 0—3 aasta vanustel lastel 3—5% vahel, 4-kuni 6-aastas- tel 10—30%, 7- kuni 12-aastas- tel 30—50%, 13 kuni 14 aasta vanustel 45—65% ja 15- kuni 18-aastas- tel (noorukitel) 50—70%. Nagu näeme, ületab tuberkuloosi infitseerumus Tallinnas Nõukogude Liidu teiste lin-

nade oma ainult 0 kuni 3 aasta vanustel (meil 5,3%), teistes vanustes on aga infitseerumuse protsents Tallinnas madalam (4 kuni 6 aasta vanustel 8,7%, 7 kuni 12 aasta vanustel 22,5%, 13- kuni 14-aastastel 36,1% ja 15—18-aastastel 40,8%).

Samaaegselt tuberkuloosi infitseerumuse uurimisega avastasid Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonna arstid ka lapsi ja noorukeid esmase tuberkuloosse infektsiooniga varasel perioodil (viraaži perioodil). 3356 lapse ja nooruki hulgast avastati viraažiga lapsi 2,8%.

Järeldused

1. Laste ja noorukite tuberkuloosi infitseerumus Tallinnas ei ole kõrge.

2. Infitseerumus tuberkuloosi BCG-vaktsiiniga revaktsineeritud lastel ja noorukitel alates 4—7 aasta vanusest on mitu korda madalam kui revaktsineerimata lastel ja noorukeil ning väheneb vanuse tõusmisel.

3. Lapsi ja noorukeid tuleb tuberkuloosivastase BCG-vaktsiiniga aktiivsemalt revaktsineerida, hõlmates kõik revaktsineerimisele kuuluvad lapsed ja noorukid.

4. Uurimusi laste ja noorukite tuberkuloosi infitseerumise kohta tuleb läbi viia ka teistes linnades ja rajoonides.

KIRJANDUS

1. Модель Л. М. и Сидельникова Е. Ф. Туберкулинодиагностика. М., 1947. — 2. Маркузон В. Д. Туберкулез у детей и подростков. М., 1958, 202—209. — 3. Похитонова М. П. Клиника, терапия и профилактика туберкулеза у детей. М., 1952, 30—40. — 4. Цимблер И. В. Туберкулез у детей. М., 1955, 54—59. — 5. Pullisaar, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 4, 44—47. — 6. Шенгелия И. А. Пробл. туберкулеза, 1956, 5, 2—18. — 7. Кугините Э. Я. Пробл. туберкулеза, 1957, 1, 10—12.

Saabus toimetusse 23. märtsil 1959. a.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ТАЛЛИНЕ

С. Кыйв

Резюме

В детском отделении Республиканского противотуберкулезного диспансера в 1958 г. изучалась инфицированность туберкулезом среди детей и подростков г. Таллина.

Проба Пирке была сделана у 5353 детей и подростков и проверена реакция у 5226. Инфицированными мы считали тех, у кого отмечалась положительная реакция Пирке (папула 5 мм и больше). Детей и подростков, инфицированных туберкулезом, оказалось: в возрасте от 0 до 3 лет — 5,3%, от 4 до 7 лет — 10%, от 8 до 14 лет — 27,1% и от 15 до 18 лет (подростки) — 40,8%.

Изучалась отдельно инфицированность у детей и подростков, ревакцинированных вакциной БЦЖ, и у неревакцинированных. У ревакцинированных инфицированность оказалась значительно ниже (в возрасте от 4 до 7 лет — 5,5%, от 8 до 14 лет — 8,9% и от 15 до 18 лет — подростки — 10,7%, чем у неревакцинированных (в возрасте от 4 до 7 лет — 12,9%, от 8 до 14 лет — 36,3% и от 15 до 18 лет — 48,1%).

Одновременно инфицированность изучалась у детей и подростков в периоде выража, их было 2,8% из 3336.

DÜSENTEERIABAKTERITE RISTUV RESISTENTSUS BIOMÜTSIINI JA TERRAMÜTSIINI SUHTES

Bioloogiakandidaat K. AHHUNDOVA

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat A. Jannus)

Nakkushaiguste tekitajate resistentsuse küsimusel ravimite, eriti antibiootikumide suhtes on tänapäeva kemoteraapias üsna suur tähtsus. Seoses sellega äratav uurijate tähelepanu ristuva püsilikuse tekkimine antibiootikumide suhtes, mille puhul resistentsuse tekkimisega ühe antibiootikumi suhtes tõuseb see ka teise antibiootikumi või isegi mitme sellesse rühma kuuluva ravimi suhtes.

Seejuures on eriti tähtis ristuva resistentsuse tekkimine inimese organismis ravimise ajal loomulikes tingimustes.

Nagu teada, peetakse resistentseteks mikroobe, mis arenevad antibiootikumi sellise kontsentratsiooni puhul, mis tekib haige organismis antibiootikumi terapeutiliste annuste manustamisel. Biomütsiini ja terramütsiini suhtes on kindlaks tehtud, et maksimaalne kontsentratsioon, mida võib veres nende manustamisel saavutada, on mõlemal antibiootikumil väga lähedane, moodustades biomütsiinil (2) 3—8 gammat 1 milliliitris ja terramütsiinil 2,5—10 gammat 1 milliliitris (3). Täiskasvanutele ei ületa isegi 1 g terramütsiini (maksimaalne annus) süstimisel iga 6 tunni järel antibiootikumi kontsentratsioon veres 10 gammat 1 milliliitris veres (3).

Selle põhjal peetakse mikroobe biomütsiini ja terramütsiini suhtes resistentseteks juhul, kui nad arenevad söötmetel, mis sisaldavad 10 ja rohkem ühikut ühte või teist antibiootikumi 1 ml söötmes (1). Järelikult hinnatakse mikroobide tundlikkuse astet mõlema antibiootikumi suhtes ühesuguste kontsentratsioonide piirides.

Selline hindamise ühtsus kergendab uuritavate mikroobitüvede tundlikkuse võrdlemist biomütsiini ja terramütsiini suhtes.

Eelmises töös (4) düsenteeriabakterite tüvede tundlikkuse uurimisel viie ravimpreparaadi (streptomütsiin, levomütsetiin, biomütsiin, terramütsiin ja norsulfasool) suhtes täheldasime, et biomütsiini- ja terramütsiini-resistentsete düsenteeriakultuuride hulk oli ühesugune.

Hiljem uurisime seda nähtust üksikasjaliselt, mis oligi käesoleva töö ülesandeks.

Peab mainima, et kooskõlas kirjanduse andmetega (5) on biomütsiin ja terramütsiin nii keemilise koostise kui ka molekulaarse ehituse poolest lähedased. Seepärast kuuluvad nende kahe preparaadi ristuva resistentsuse nähud selle ristuva resistentsuse rühma juhtude hulka, mis on teiste ristuva resistentsuse juhtudega võrreldes kõige varem kindlaks tehtud ja kõige kergemini seletatavad.

Kuid rühmitise ristuva resistentsuse puhul tüsistab seda protsessi rida tegureid ja tulemused võivad üksikutel konkreetsetel juhtudel erineda. Näiteks on teada, et ristuv resistentsus sõltub antibiootikumide keemilise läheduse astmest ning eri keemiliste rühmituste iseloomust (6). Peale selle tekib ristuv resistentsus juhul, kui antibiootikumid kahjustavad bakterite eri liikidel ühtesid ja samu fermentsüsteeme, kuid see toime võib eriliigiliste bakterite rühmadel kulgeda mitmeti. Järelikult võib ühtede ja samade antibiootikumide toimemehhanism mitmesugustesse bakteritesse olla erisugune (6).

Meie uurisime üldse 157 kultuuri, mis eraldati düsenteeriahaigetelt Tallinna Linna Nakkushaigla laboratooriumis. Uuritud kultuuride liikide koostis on esitatud tabelis nr. 1.

Nendest olid 140 tüve nii biokeemiliselt kui ka seroloogiliselt tüüpilised düsenteeriabakterid, mida võis sedastada kohe pärast inimese organismist eritamist kui ka pärast mitut passaaži kunstlikel söötmeil tähtajaga ühest kuni kolme kuuni. Seitsmel tüvel olid düsenteeriabakteritele tüüpilised biokeemilised omadused, kuid nad aglutineerisid ainult Flexner'i bakterite polüvalentse seerumiga ega allunud tüpiseerimisele. Mainitud omadused püsisid 1—3 kuuni. Ülejäänud 10 tüve, mis seroloogiliselt tehti kindlaks düsenteeriabakteritena (8 Flexner'i düsenteeriakepikeste, 1 Newcastle'i ja 1 Sonne tüvi), olid pärast mitut passaaži söötmetel võimelised käärima glükoosi 24 t. jooksul, tekitades happeid ja gaasi.

Kõigil 157 tüvel määrati kvantitatiivne tundlikkus biomütsiini ja terramütsiini suhtes kahekordse seeriaviisilise lahjendusega vedelatel söötmetel, mida peetakse täpsemaks kui määramist tahketel söötmetel (1). Selle meetodika üksikasjaline kirjeldus on toodud vastavas instruksioonis (7).

Tabel 1

Uuritud kultuuride liigid

Liigid	Tüüpilised düsenteeriabakterid					Atüüpilised kultuurid	Kokku kultuure
	Sonne	Flexner	Newcastle	B. Novg.	Kokku		
Tüvede hulk	67	28	43	2	140	17	157
% tüüpilistest	47,8	20,0	30,7	1,5	100		
% kultuuride koguarvust	42,6	17,8	27,4	1,3	89,1	10,9	100,0

Tulemusi hindasime samuti nagu eelmises töös (4). Kooskõlas juhendiga tunnistati biomütsiiniresistentseteks tüved, mille kasv ei lakanud 10 või enama ühiku antibiootikumi leidumisel lahuse 1 milliliitris. Resistentse aste märgiti numbriga, mis näitas eri tüvede kasvu pidurdamiseks vajaliku antibiootikumi minimaalset kontsentratsiooni (AMK). Resistentust ja tundlikkuse astet terramütsiini suhtes, mille kohta instruksioonis andmeid ei ole toodud, hinnati samuti nagu biomütsiiniresistentustki kirjanduse andmetel.

Peale numbriliste hinnate hinnati düsenteeriakultuuride tundlikkust antibiootikumide suhtes ka tinglikult. Seejuures hinnati kõiki tüvesid, mille suhtes AMK kõikus 0,3 kuni 0,9 üh/ml, kõrge tundlikkusega tüvedeks. AMK puhul 1,1 kuni 4,7 üh/ml peeti kultuuride tundlikkust keskmiseks. AMK üle 5 üh/ml preparaadis hinnati vähetundlikeks kultuurideks.

Uuritud kultuuride üldarvust olid 60 tüve biomütsiiniresistentsed ja 60 tüve terramütsiiniresistentsed, mis moodustab 38,2% üldarvust. Seega oli biomütsiini- ja terramütsiiniresistentsete tüvede protsent ühesugune (tabel 2).

Pärast seda analüüsi materjali üksikasjalisemalt. Selgus, et eranditult kõik biomütsiiniresistentsed tüved olid püsilikult ka terramütsiini suhtes. Järelikult esineb meie materjalil mitte juhuslikult kokkusattunud biomütsiini- ja terramütsiiniresistentsete tüvede hulk, vaid düsenteeriabakterite 100-protsendiline resistentsus nende kahe antibiootikumi suhtes, mida täheldati loomulikes tingimustes.

Kõik ülejäänud 97 tüve (61,8% kultuuride üldarvust) olid tundlikud biomütsiini ja terramütsiini suhtes ühel või teisel määral (tabel 2).

Uuritud kultuuride tundlikkus antibiootikumide suhtes

Tabel 2

Suhtumine anti- biootikumidesse	Antibiootiku- mid	Düsenteeriabakterite kultuurid					
		Tüüpilised		Atüüpilised		Kõik uuritud kultuurid	
		Arv	% % tüüpi- listest	Arv	% % atüüpi- listest	Arv	% % kõikidest kultuuri- dest
Resistentsed	Biomütsiin	50	35,7	10	58,8	60	38,2
	Terramütsiin	50	35,7	10	58,8	60	38,2
Tundlikud	Biomütsiin	90	64,3	7	41,2	97	61,8
	Terramütsiin	90	64,3	7	41,2	97	61,8

Seejuures äratav tähelepanu see, et mõlema uuritud antibiootikumi vastu tundlike kultuuride üldmassis on tundlikkus biomütsiini vastu suurem kui terramütsiini vastu (tabel 3). Nii olid biomütsiini suhtes tundlikud 41 tüve (26,1%), terramütsiini vastu ainult 5 tüve (3,1%).

Tabel 3

Kultuuride tundlikkuse aste biomütsiini ja terramütsiini suhtes

Kultuurid arvudes	Kõrge tund- likkusega		Keskmise tund- likkusega	
	Biomüt- siini suhtes	Terra- mütsiini suhtes	Biomüt- siini suhtes	Terra- mütsiini suhtes
Tüüpilisi	37	5	53	85
Atüüpilisi	4	0	3	7
Kokku	41	5	56	92
Protsentides kõikidest kultuuridest	26,1	3,1	35,7	58,7

Vaadeldes iga üksiku tüve suhtelist tundlikkust biomütsiini ja terramütsiini suhtes nähtub, et rõhuv enamik (88,6%) uuritud tüvedest on biomütsiini vastu tundlikumad kui terramütsiini suhtes. Terramütsiini suhtes on tundlikumad väike arv tüvesid (11,4%).

Peale selle näeme, et tüüpilistest düsenteeriakultuuridest oli 11 tüvel biomütsiini AMK 0,2 kuni 0,6 üh/ml piirides (tabel 4), terramütsiini AMK kõige kõrgema tundlikkusega tüvedel algas 0,7 üh/ml.

Tabel 4

Tüüpiliste düsenteeriakultuuride tundlikkus biomütsiini ja terramütsiini suhtes

Antibiootikum	Minimaalne pidurdav kontsentratsioon üh/ml													
	0,2	0,4	0,6	0,7	0,9	1,1	1,2	1,5	1,7	2,2	2,3	2,9	3,4	4,2
	Kõrge tundlikkusega tüved (arvudes)							Keskmise tundlikkusega tüved (arvudes)						
Biomütsiin	1	4	6		26	19			30		2		2	
Terramütsiin				4	1		12	10		33		21		9

Saanud need andmed, vaatasime Tallinna Linna Nakkushaigla materjalidest läbi üle 100 düsenteeriahaige haigusloo. Selgus, et terramütsiini määrati just juhtudel, kui eraldatud pisik oli resistentne biomütsiini suhtes. Et määramine ei olnud juhuslik, sellest kõneleb selgesti epikriis: «Teist ravikuuri alustati biomütsiiniga, kuid pärast bakterioloogilist analüüsimist selgus, et mikroob ei ole biomütsiinitundlik, ravi jätkati terramütsiiniga. Terramütsiini ravikuur kestis 7 päeva, 4 korda päevas 100 000 üh. (haiguslugu nr. 7, 19. I 58., haige L. T.).

Peab mainima, et selliseks ordineerimiseks oli küllaldane alus, sest praktilistes laboratooriumides ei määrata eritatud pisiku tundlikkust terramütsiini suhtes, aga loomulikes tingimustes tekkinud düsenteeriabakterite täieliku resistentsuse andmed ei olnud veel teada raviarstile.

Seega võib meie eksperimentaalset materjali vaadelda täiendusena teatud teoreetilistele seisukohtadele ristuva resistentsuse suhtes, kuid need pakuvad konkreetset praktilist huvi ka raviarstile.

Järeldused

1. Kõik düsenteeriahaigete biomütsiiniresistentsed bakterikultuurid on resistentsed ka terramütsiini suhtes. See seaduspärasus hõlmab samuti atüüpilisi tüvesid.

2. Loomulikes tingimustes esineb seega düsenteeriabakterite täielik rühmaline ristuv biomütsiini- ja terramütsiini resistentsus.

3. Biomütsiiniresistentsete düsenteeriabakterite tüvede arvu kasvuga suureneb ka terramütsiiniresistentsete düsenteeriabakterite tüvede arv.

4. Kui haige poolt eritatud düsenteeriekitaja on biomütsiiniresistentne, siis ei ole see põhjuseks terramütsiini määramisele antibakteriaalse toime eesmärgil.

5. Meie materjalil olid kohalikud düsenteeriabakterite tüved 88,6 % juhtudest tundlikumad biomütsiini kui terramütsiini suhtes. Seda tuleb arvestada antibiootikumi valikul düsenteeria ravimiseks.

KIRJANDUS

1. Оганесян П. Г. Определение чувствительности патогенных микробов к антибиотикам. Методическое письмо, Л., 1959. — 2. Вайсберг Г. Е. Концентрация биомицина в крови при приеме через рот. Сб. Биомицин, вып. I, 24—27. М., 1954. — 3. Распределение ауреомицина и тетрациклина в организме. Сб. Ауреомицин и тетрациклин, М., 104—109, 1953. — 4. Ахундова К. А. Лекарственная устойчивость местных штаммов дизентерийных бактерий. 2-е сообщение. Сб. докладов второй научной конференции Таллинского н/н института ЭМГ. Таллин, 1959, 98—105. — 5. Жестяников В. Д. Биомицин (ауреомицин) и тетрациклин. В моногр. Химиотерапия бактериальной дизентерии. Л., 106, 1955. — 6. Коваленкова В. К. Антибиотики, 1958, 1, 3—11. — 7. Инструкция для определения чувствительности патогенных микробов к антибиотикам методом серийных разведений. Антибиотики, 1956, 2, 54—57.

ПЕРЕКРЕСТНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ К БИОМИЦИНУ И ТЕТРАЦИКЛИНУ У ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ

К. Ахундова

Резюме

В химиотерапии инфекционных заболеваний в настоящее время немалое значение приобрел вопрос резистентности возбудителя к антибиотикам. В связи с этим внимание исследователей привлекает явление возникновения перекрестной устойчивости к антибиотикам, когда развитие резистентности к одному из них сопровождается повышением устойчивости к другому или даже к нескольким из этих лекарственных веществ. При этом особенно важным является возникновение перекрестной устойчивости в естественных условиях, в организме человека, в процессе лечебной практики.

При изучении чувствительности местных штаммов дизентерийных бактерий к пяти лекарственным препаратам нами было замечено, что количество биомицино- и тетрамициноустойчивых дизентерийных культур оказалось одинаковым. В дальнейшем мы более подробно изучили это явление, что и составляет содержание данного сообщения.

Всего нами было изучено 157 культур, выделенных от дизентерийных больных в лаборатории Таллинской городской инфекционной больницы. Из них 140 штаммов представляли собой культуры биохимически и серологически типичных дизентерийных бактерий. Остальные 17 были атипичными культурами.

У всех полученных культур была количественно определена чувствительность к биомицину и тетрамицину методом двукратных разведений на жидких питательных средах.

В результате проведенной работы было установлено, что все культуры дизентерийных бактерий, выделенных от больных, обладающих устойчивостью к биомицину, в 100% случаев оказались резистентными и к тетрамицину. Эта закономерность распространялась и на атипичные штаммы. Таким образом, в естественных условиях нами наблюдалась полная перекрестная устойчивость дизентерийных бактерий к биомицину и тетрамицину. Следовательно, с ростом числа штаммов дизентерийных бактерий, устойчивых к биомицину, в такой же степени будет возрастать число дизентерийных штаммов, устойчивых к тетрамицину.

На нашем материале штаммы местных дизентерийных бактерий в 88,6% случаев оказались более чувствительными к биомицину, чем к тетрамицину. Последнее следует учитывать при выборе антибиотика для лечения больных дизентерией.

Если возбудитель дизентерии, выделенный у больного, оказывается устойчивым к биомицину, то это не является основанием для назначения тетрамицина с целью антибактериального воздействия.

LAMBLIOOSI DIAGNOOSIMISEST JA RAVIST

N. ELSTEIN

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarsti kt. S. Gulordava)

1959. a. möödus 100 aastat lambliate üksikasjalisest kirjeldamisest. Möödunud sajandi jooksul aga ei ole jõutud nende algloomakeste patogeensuse küsimuses ühtsete seisukohtadeni. Meie arvates etendab siin tähtsat osa asjaolu, et lamblioos seatakse millegipärast väljapoole neid seaduspärasusi, mis ei tekita kahtlusi ükskõik milliste teiste parasiitide invasiooni puhul.

Mõned autorid arvavad, et lambliate patogeensuse vastu kõneleb lambliaandjate olemasolu, kellel pärast lambliate kadumist ei esine mingeid haiguse tunnuseid ega nähte. Ometi ei tekita samad põhjendused mingeid kahtlusi soolenugiliste ja düsenteeriatekitajate patogeensuses.

Esineb isegi arvamus, et lamblioosil ei ole temale omistatud kliinilist pilti [A. Avenirova (1958), J. Böe (1940) jt.]. Eeldusel, et inimeste algloomade uurimine ei ole kohustuslik, muutub lamblioosi diagnoosimine juhuslikuks. Kui ei ole lamblioosi kliinikut ega tugipunkte lamblioosi kahtlustamiseks, siis sõltub diagnoos sellest, kas juhusliku uurimise puhul lambliaid leitakse või ei leita. Selline vaade teeb arsti relvituks, kõnelemata asjaolust, et sel puhul kaob printsiipiaalne vahe lambliaandjate ja lamblioosihaigete vahel.

360 lamblioosihaige uurimisel õnnestus meil välja selgitada haiguse üldised nähud ja seedeelundite süsteemi patoloogia tunnused.

91,4 protsendil haigetest ilmnesid närvisüsteemi funktsionaalsed häired, peamiselt neurasteenia või vegetodüstoonia, harvemini psühhasteenia iseloomuga. Seda on täheldanud ka teised autorid, H. Gaehlinger (1953) aga peab seda niivõrd iseloomustavaks, et nimetab lambliat «väsimuse ja nukruse parasiidiks». 30% haigetest kaebas südame ja veresoonte funktsionaalsete häirete esinemist; objektiivselt leidis neid häireid 44,1% juhtudest. 9 inimest kaebasid pigistavaid valusid rinnaku taga, mis kadu-

sid pärast ravi. 20,3% võis lambliosisiga seostada arteriaalset hüpotooniat ja 6,1% juhtudest transitoorset hüpertooniat.

Teistest üldnähtudest peab mainima subfebrilset temperatuuri 33,9% haigetest, polüümöartralgiat — 15%, hüpertüreosinähte — 11,6% haigetest.

54,7% ilmnes perifeerses veres eosinofiilia, ühel kolmandikul haigetest — mõõdukas hüpokroomne aneemia. Lõpuks peab mainima 10 haigel naha sügelemist ja 3 haigel astmaatilist bronhiiti või bronhiaalastmat, mille hood kupeeriti lambliavastase raviga.

Mis puutub seedeelundite süsteemi patoloogiasse, siis esineb täiskasvanutel lambliosisi puhul kõige sagedamini kaksteistsõrmiksoole kahjustusi (duodeniit, duodenojejuniit, düskineesiad — 57,2% haigetest) ja sapiteede kahjustusi (koletsüstokolangiit, koletsüstiit — 76,7% haigetest). 45% juhtudest esineb kombineeritud soolte ja sapiteede kahjustusi.

Mõnedel juhtudel arenev hepatiit tekib kolangiidi foonil. Samal seisukohal hepatiidi patogeneesis lambliosisi puhul on ka A. Mjasnikov (1956). Koliiti diagnoosime ainult 6,4 protsendil haigetest, kusjuures see tüsistub alati enteriidiga. Lambliosisi puhul on seedeelundite süsteemi nähtude hulgas tunduval kohal mao funktsiooni häired: mao sekretoorne puudulikkus ilmnes 78,6 protsendil haigetest. Muuseas, on hästi teada, et lambliaid leidub maos äärmiselt harva. Seepärast peab arvama, et lambliosisi puhul arenevad gastriidid on sekundaarse päritoluga, s. o. kui öelda M. Kontšalovski sõnadega: «Magu ei kaeba mitte enda, vaid oma naabrite peale.»

Lambliosisi sümptoomid, kui me neid ei seosta üksteisega, võivad loomulikult esineda mittelambliosisse päritoluga seedeelundite süsteemi patoloogia puhul. D. Pletnjov kirjutas juba 1934. a.: «Käesoleva teaduse arenemisperioodil nihkub esiplaanile kõikide elusa organismi üksikutes elundites esinevate sümptoomide sünteesi küsimus — süntees, aga mitte nende lihtne summeerimine. Sünteesi puhul võib kulgevatest protsessidest tekkida täiesti uus kujutlus taoliselt sellele, nagu see toimub keemias».

Lambliosisi oletatav diagnoos kliiniliste andmete põhjal peab samuti peegeldama sümptoomide sünteesi, nagu see toimub ükskõik milliste teiste haiguste diagnoosimisel.

Peame võimalikuks kinnitada, et arvestades lambliosisi peamisi üldnähte, nagu närvi- ning südame- ja veresoontesüsteemi funktsionaalseid häireid, selle toksiko-allergilisi ja seedeaparaadi nähte — sagedamini kaksteistsõrmiksoole ja sapiteede kombineeritud kahjustus, sub- või anatsiidse gastriidi olemasolu puhul, on lambliosisi kliiniline diagnoosimine täiesti võimalik.

Meie tähelepanekute järgi alustati enamikul juhtudest lambliate otsinguid siis, kui haiguse sümptoomid andsid põhjust lambliate olemasolu kliiniliselt kahtlustada.

Diagnoosi kinnitab lambliate avastamine rooja või sapi laboratoorsel uurimisel. Koos V. Bresleriga õnnestus meil näidata, et lambliaid on võimalik avastada peensoole, sapiteede ja ussjätke patohistoloogilisel uurimisel.

Peab veelkord rõhutama vahet lambliakandmise ja lambliosisi vahel. Selle mõistmine on tähtis ka terapeutilise taktika suhtes. Ainuüksi parasiitide mõjustamisel on mõtet siis, kui esineb sümptoomideta lambliakandmine; seal aga, kus on juttu haigusest, on vaja mõjutada ka neid tingimusi, mille mõjul toimuski lambliate tasakaalu häirimine, mis põhjustas haigestumise. Etioloogiline teraapia on ainult osa komplekssest-patogeneetilisest teraapiast.

Parimaks lambliatörje vahendiks on jäänud akrihhiin. Meil ei õnnestunud leida eksperimentaalseid või kliinilisi tõendeid, millest oleks selgu-

nud akrihhiinravi läbiviimise vajadus rohkem kui kahes tsüklis — 5 päeva kaupa koos 5- kuni 7-päevase vaheajaga. Meie poolt 12 lambliosisihaige ravimiseks tarvitatud resohhiin* andis tulemusi (lambliad kadusid) ainult ühel juhul. Meie palvel A. Karapetjani poolt teostatud resohhiini toime kontrollimine lambliate kultuuril näitas, et see preparaat on 100 korda vähem aktiivne, kui akrihhiin.

Meie tähelepanekute järgi ei viinud bimütsiini ja terramütsiini kasutamine lambliate kadumiseni. Veel enam — kirjanduse andmed tunnistavad, et antibiootikumid võivad soodustada protozoade paljunemist [V. Gnezdilov, A. Tumka ja A. Semjonov (1959), E. Geyer (1959) jt.]. Arvestades lambliate ja *Candida* perekonnast pärinevate pärmiseente taoliste seente [A. Karapetjan (1960)] sümbiootilisi suhteid, ei ole antibiootikumide tarvitamine lambliosisi ravimise algetappidel parasiitidevastase vahendina (nagu seda praktikas veel teostatakse) otstarbekohane, real juhtudest aga võib osutuda kahjulikuks. Nende määramine võib end õigustada ainult siis, kui on alust vaadata visasid lambliosisjuhtumeid «lambliosis — bakteriaalse kompleksi» patogeense mõju tagajärjena (sagedamini esineb see nähtavasti enterokoliitide puhul).

15 visa lambliosisiga haige uurimine ja neil pärmiseentetaoliste seente avastamine sapis oli aluseks akrihhiini ja nistatiini rakendamisel. Viimast anti á 500.000 ühikut 3—4 korda päevas kahe ja enam nädala jooksul. Kõikidel haigetel, välja arvatud üks haige, saabus selgesti väljenduv positiivne kliiniline efekt ja lambliaid enam ei avastatud. 3 kuni 6 kuud pärast ravi uuriti 8 haiget. Lambliaid neil enam ei avastatud. Isegi see vähene materjal võimaldab oletada, et nistatiini lülitamine ravimkompleksisse avab uued võimalused nende lambliosisihaigete ravimiseks, kellele ainuüksi akrihhiin, novarsenool jt. ei olnud efektiivsed.

Väga tähtis on lambliosisihaige toitmise laadi muutmine. Toit peab sisaldama vähem süsivesikuid, mis soodustavad lambliate paljunemist, rohkem valke, vitamiine (eriti C-vitamiini ja B-kompleksi vitamiine), värsket sibulat või küüslauku. Ei tohi unustada ka üldtugevdavat ja sümptomaatilist ravi.

Lambliosisiprobleemi paremaks läbitöötamiseks on vajalik klinitsistide, parasitoloogide ja epidemioloogide koostöö.

KIRJANDUS

1. Авеннирова А. И. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни. 1958. т. XXVII. 3, 334—338. — 2. Гнездилов В. Г., Гумка А. Ф., Семенов А. М. Вopr. мед. паразитол. Тр. Военно-мед. Акад. им. С. М. Кирова, Л., 1959, т. 105, 19—30. — 3. Карпетян А. Е. Мед. паразитол. и паразит. бол., 1960. т. XXIX, I, 84—85. — 4. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. (Руководство по внутренним болезням), М., 1956. — 5. Плетнев Д. Д. Клинич. медицина, 1934. I, 1—8. — 6. Эльштейн Н. В. Сов. здравоохранение 1960. 3, 56—61. — 7. Бёе, J. Skrifter Norske Vidensk., Akad. Oslo, Matem. Naturvidenskap Kl., 1940, v. 5, p. 1—86. Ref.: Biol. Abstr., 1950. N 1783. — 8. Geyer, E. Z. ges. innere Med., 1959, 20, 968—972. — 9. Gaehlinger, H. Acta gastro-enterol. Belg. 1953, v. XVI, F. 3, 1, 146—154.
- Saabus toimetusse 6. juunil 1960. a.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЛАМБЛИОЗА

Н. Эльштейн

Резюме

На основе анализа клинической картины болезни у 360 больных ламблизом выделяются общие проявления последнего и симптомы поражения пищеварительной системы. Совокупность общих проявлений — функциональных расстройств нервной и сердечно-сосудистой систем, токсико-аллергических симптомов (эозинофилия в перифериче-

* 7-kloor-4 (4 dietüülamiino-1-metüül-butüülamiino) -hinoliin-difosfaat (hloro-hiin-difosfaat)

ской крови, полимиоартралгия и др.) и проявлениях со стороны аппарата пищеварения, чаще — сочетанного поражения двенадцатиперстной кишки, желчных путей при наличии суб- или анацидного гастрита — позволяет во многих случаях диагностировать ламблиоз клинически, до обнаружения ламблий.

Этиологическое лечение ламблиоза рассматривается только как часть комплексно-патогенетической терапии. Применение в обычных случаях ламблиоза антибиотиков нецелесообразно. Неэффективным оказался резорин. При наличии ламблиозно-кандидозного комплекса хорошие результаты дает применение акрихина с нистатином.

APTEEKIDE RETSEPTUURI STANDARDISEERIMISEST

A. ROOST

(Aptekide Peavalitsuse Kontrollanalüütilisest Kesklaboratooriumist, juhataja D. Luik)

Elanikkonna ravimitega varustamise parandamiseks on tarvis lühendada ravimite jõudmise aega apteegist haigeni. Seda saavutatakse ravimite valmistamiseks kulutatava aja lühendamisega, mis omakorda tingib hulgalise valmisravimvormide olemasolu ja kasutamise apteegis. Tööstuslikult toodetavad standardsed valmisravimvormid moodustavad Moskva ja välismaa apteekide retseptuurist keskmiselt 80%. Eesti NSV-s valmistatakse aga suurem osa apteekidesse saabunud retseptidest ekstemporaalselt. Apteegist kohe väljastatavate valmisravimvormide hulk ulatub meil vaevalt 30%-ni. Selle peamiseks põhjuseks on meie retseptuuri komplitseeritus, mis osalt on tingitud ka asjaolust, et arstid ei ole teadlikud olemasolevatest valmisravimitest. Teiseks peamiseks põhjuseks on apteekide ebaregulaarne ja mõnikord mittepiisav varustamine olemasolevate valmisvormidega. Üksikutele juhtudel tuleb arvesse ka haigete kahtlev suhtumine valmisravimvormide, näiteks tablettide toimesse, mis tuleks arstkonna poolt hajutada.

Kuna meie retseptuuris esineb retseptide kordumisi nii ühe apteegi, linna kui ka kogu vabariigi ulatuses, seati käesoleva töö ülesandeks välja selgitada enam esinevad ravimeeskirjad, võrrelda neid tööstuslikult toodetavate valmisravimvormidega ja esile tõsta uued vajalikud standardretseptid tsentraliseeritud tootmiseks. Töö teostamisel lähtuti Tallinna, Tartu, Pärnu, Valga, Võru, Haapsalu, Türi, Tõrva, Suure-Jaani, Abja-Paluoja, Lihula, Kingissepa, Vändra, Kilingi-Nõmme, Kiviõli ja Jõhvi apteekide retseptuurist.

Retseptuuri analüüs näitas, et kuigi iga apteek saab välja töötada korduvate retseptide nomenklatuuri, esineb kogu apteegivõrgu osas kokkulangevusi vähe. Igal arstil on oma individuaalselt väljakujunenud retseptuur, mis sageli ainult minimaalselt erineb olemasolevatest valmisvormidest. Kas on see aga otstarbekohane?

Kuna aeganõudvamaks tööks apteegis on pulbrite, pillide ja ravimkuulude ning -küünalde valmistamine, on artiklis peamine tähelepanu pööratud nende ravimvormide korduvatele retseptidele.

Pulbritest kordub apteekides massiliselt mitmesuguste doseeritud lihtpulbrite retsepte (dimedrool 0,05 ja 0,03; naatriumsalitsülaat 0,5 ja 1,0; diuretiin 0,5; askorbiinhape 0,1 ja 0,2; dibasool 0,05; etasool 0,5; 1,0 ja 0,15; kofeiin 0,1 ja 0,2; pankreatiin 0,5 ja 0,3; urosulfaan 0,5 ja 1,0; anestesiiin 0,5; kofeiinnaatriumbensoaat 0,1; monobroomkamper 0,25; eufüllüin 0,1; barbamüül 0,1; 0,2 ja 0,3; nikotiinhape 0,03 ja 0,05; glutamiinhape 0,5. Paljusid neist toodetakse juba tablettidena. Nähtavasti tuleks tableteeritud lihtpulbrite nomenklatuuri laiendada ja apteekide nendega pidevalt varustada.

Vitamiinisegudest osutusi apteekides korduvaiks 28 üksteisest vähemal või suuremal määral erinevat kombinatsiooni. Aluseks võttes sagedamini esinevaid annuseid kujuneksid vitamiinisegude standard-retseptid järgmisteks:

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Thiamini bromati 0,005
Riboflavini 0,01
Acidi nicotinici 0,02

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Acidi nicotinici 0,02—0,05

Kuivõrd otstarbekas on aga neid tööstuslikuks tootmiseks esitada, on küsitav, kuna praeguses tööstuslikus nomenklatuuris on järgmise koostisega vitamiinipreparaadid:

Rp. Acidi ascorbinici 0,025
Thiamini 0,001
Riboflavini 0,001
Vitamin A 1650 TŪ
 (polüvitamiinid)

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Acidi nicotinici 0,02
Rp. Acidi ascorbinici 0,05
Acidi nicotinici 0,02
Glucosi 1,0

Rp. Acidi ascorbinici 0,05
Thiamini 0,002
Acidi nicotinici 0,02
Glucosi 0,5

Rp. Acidi ascorbinici 0,05
Glucosi 0,5

Rp. Acidi ascorbinici 0,025
Glucosi 2,65

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Thiamini 0,01
Riboflavini 0,005

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Thiamini 0,01
Acidi nicotinici 0,02

Rp. Acidi ascorbinici 0,025
Thiamini 0,001

Kuigi alati pole kõiki loetletud vitamiinisegusi apteekides olemas, on nendega apteegivõrgu varustamine reaalne. Seepärast tuleks arstidel vitamiiniretseptide väljakirjutamisel võimaluse korral olemasolevat nomenklatuuri arvestada.

Palavikku vähendavaid ja valuvaigistavaid pulbreid kirjutatakse arstide poolt välja väga mitmesugustes kombinatsioonides. Korduvaiks osutusi käesoleva materjali läbitöötamisel 40 erinevat retsepti. Sealjuures kõrvalekaldumine olemasolevatest tablettidest on sageli minimaalne. Arstidel oleks soovitatav palavikku vähendavaid ja valuvaigistavaid vahendeid välja kirjutades arvestada, et apteegivõrgus on retseptuuris sagedamini esinevaist kombinatsioonidest olemas tabletid järgmise koostisega:

Rp. Aspirini 0,2
Phenacetini 0,2
Coffeini 0,04
 (Askofeentabletid)

Rp. Analgini
Pyramidoni 0,25
Coffeini 0,05
Codeini 0,01

Rp. Phenacetini 0,25
Pyramidoni 0,25
Coffeini 0,05
 (pürakofeiintabletid)

Peale ülaltoodute esinevad tööstuslikus nomenklatuuris veel järgmised tabletid:

Rp. Aspirini 0,25
Phenacetini 0,25
Coffeini natr. benz. 0,02
Codeini 0,01

Rp. Aspirini 0,25
Phenacetini 0,25
Methylcoffeini 0,05

Rp. Phenacetini 0,25
Pyramidoni 0,25
Coffeini natr. benz. 0,05
Codeini 0,015

Peamine erinevus arstide poolt väljakirjutatud retseptide ja ülal-
toodud tablettide vahel seisneb suuremas kofeiini annuses (0,1) kui segu-
des 1 ja 3. Tekib küsimus kofeiini annuse tõstmise vajadusest nimetatud
tablettides.

Vererõhku alandavatest pulbrisegudest osutusid korduvaiks 16 kom-
binatsiooni. Korduvus esineb aga enamasti ühe apteegi piirides, seepärast
mingisuguseid uusi standardvorme välja kujundada pole otstarbekas. Ret-
septide väljakirjutamisel tuleks arvestada, et apteegivõrgus on sellest
rühmast järgmised tabletid:

Rp. Papaverini mur. 0,02
Theobromini 0,25

Rp. Papaverini mur. 0,02
Theobromini 0,5

Rp. Dibazoli
Papaverini mur. $\bar{\epsilon}a$ 0,02
Theobromini 0,15

Rp. Luminali
Papaverini mur. $\bar{\epsilon}a$ 0,02
Theobromini 0,25

Rp. Dibazoli
Luminali
Papaverini mur. $\bar{a}a$ 0,02
Theobromini 0,25

Rp. Dibazoli
Papaverini mur. $\bar{a}a$ 0,02
Theobromini 0,25

Rp. Luminali
Papaverini mur. $\bar{a}a$ 0,02
Theobromini 0,5

Rp. Papaverini
Salsolini mur. $\bar{a}a$ 0,03
Theobromini 0,25

Rp. Luminali
Salsolini mur.
Papaverini mur. $\bar{a}a$ 0,03
Theobromini 0,25

Pilliretseptidest on sagedamini korduvad pillid joodi ja kaaliumjoo-
diidi ning mitmesuguste teiste ravimitega. Korduvamaiks osutusid ret-
septid:

Rp. Jodi puri 0,02
Kalii jodati 0,2
Extracti Valerian. spiss. 4,0
M. f. pil. Nr. 40

Rp. Jodi puri 0,02
Kalii jodati 0,2
Extracti Valerianae spiss. 4,0
Luminali 0,4
M. f. pil. Nr. 40

Mõlemad retseptid kuuluvad Šereševski pillieskirjade hulka ja
nende tsentraliseeritud tootmine oleks otstarbekas.

Ravimkuulide retseptidest esineb korduvaids kombinatsioone osar-
sooliga 14-nes omavahel erinevas variandis.

Annuste korduvuse seisukohalt kujuneksid standardretseptid järg-
misteks:

Rp. Osarsoli 0,25
Acidi borici 0,3
Glucosi 0,5—0,7
Butyri Cacao q. s.

Rp. Osarsoli
Streptocidi
Acidi borici $\bar{a}a$ 0,3
Glucosi 0,5—0,7
Butyri Cacao q. s.

Apteegivõrgus on valmiskujul olemas ravimkuulid järgmise koosti-
sega (toodud ilma konsistentsaineta):

Rp. Osarsoli 0,25
Acidi borici
Glucosi $\bar{a}a$ 0,3
(osarboongloobulid)

Rp. Osarsoli
Acidi borici
Glucosi
Streptocidi $\bar{a}a$ 0,3
(osartsiidgloobulid)

Vedelravimite tsentraliseeritud tootmise küsimusega tõuseb uuesti
päevakorda kohaliku galeenilise laboratooriumi avamise küsimus. Ilma
sellela jääb vedelravimvormide tagavaraks valmistamine nende lühikese
säilivuse tõttu ainult apteegisiseseks tööks.

Lahuste ja mikstuuride retseptidest osutusid olemasoleva materjali läbitöötamisel korduvaiks järgmised:

Rp. Sol. calcii chlorati 5% et 10% — 200,0; **Rp. Sol. kalii jodati** 3% — 200,0; **Rp. Sol. pyramidoni** 1% — 50,0 et 100,0; **Rp. Sol. novocaini** 0,25% et 0,5% — 200,0; **Rp. Sol. magn. sulfurici** 25% et 33% — 200,0; **Rp. Sol. ammonii chlorati** 10% — 200,0; **Rp. Mixt. Pavlovi** — 200,0; **Rp. Mixt. Bechterevi** 200,0; **Rp. Mixt. solventis** 200,0.

Soolhappe-pepsiiniga mikstuuridest on korduvaid variante 13. Enam esinevaks osutus koostis:

Rp. Acidi muriatici diluti
Pepsini āā 4,0
Aquae destillatae (ad) 200,0

Termopsisega köhamikstuuridest, mida apteekides tuleb valmistada massiliselt, kujuneb standardretseptiks koostis:

Rp. Infusi herbae Thermopsidis 2x 0,6—200,0
Liquoris ammonii anisati
Natrii bicarbonici āā 4,0
Codeini phosphorici 0,15

Sissevõetavatest tilkadest peaks apteekides olema valmis Zelenini ja Kremli tilgad. Kõne alla võiks tulla ka tilkade tootmine koostisega:

Rp. Tincturae Convallariae majalis
Tincturae Valerianae spl. āā 10,0
Tincturae Belladonnae 5,0
Mentholi
Papaverini mur. āā 0,2

Välispidistest ravimvormidest esineb apteekides korduvalt joodi-alkoholi-kloroformi-parafiini mitmesuguste kombinatsioonide retsepte. Sagedamini esineb järgmine koostis:

Rp. Jodi puri 1,5
Spiritus vini 95 —10,0
Chloroformii 75,0
Paraffini solidi 15,0

Kuna antud ravimi valmistamine nõuab võrdlemisi palju aega, oleks selle tsentraliseeritud tootmine õigustatud.

Korduv on apteekides ka järgmine retsept:

Rp. Jodi puri 0,1
Kalii jodati 0,2—0,3
Glycerini 30,0
Olei Menthae piperitae gtt. II—IV

Pidevalt peaksid apteegid olema varustatud boorpiirituse (1%, 2% ja 4% — 50,0), salitsüülpriirituse (1% ja 2% — 50,0), mentoolpiirituse (1% ja 2% — 50,0, resortsiinpiirituse (1% — 50,0), tümoolpiirituse (0,1% ja 0,2% — 50,0), briljantrohelise alkoholi lahusega (1% ja 2%), novokaiini alkoholilahusega (4% ja 2%), joodi alkoholilahusega (2% ja 10%), furatsiliinilahusega (1 : 4200 ja 1 : 5000 — 200,0), booraksglütseriiniga (20% ja 25%), karboolglütseriiniga (5% — 10,0) ja mentoolõliga (1% — 20,0).

Massiliselt esineb apteekides silmatilkade retsepte albutsiidnaatriumiga (20% ja 30%), kaaliumjodiidiga (3%), atropiinsulfaadiga (1%), pilokarpiinhüdrokloriidiga (1%) ja 2%-lise boorhappe ning 0,15- või 0,5-protsendilise tsinksulfaadi lahusega. Silmatilkade äärmiselt lühikese säilivuse tõttu peaks nende tsentraliseeritud tootmisele eelnema hermeetilise väljastusvormi küsimuse lahendamine.

Mitmetes kombinatsioonides kirjutatakse arstide poolt välja reumavedelike retsepte. Need on aga niivõrd individuaalse iseloomuga, et uusi standardretsepte esile tõsta ei saa.

Salvide retseptidest kordub peaaegu kõikides apteekides kollane silmasalv koostisega

Rp. Hydrargyri oxydati flavi 0,1
Lanolini
Aquae destillatae āā 1,0
Vaselini 8,0

ja dikaiiniga nohusalv väikese varieeruvusega koostises. Levinuim on järgmine retsept:

Rp. Dicaini 0,05
Mentholi 0,1
Streptocidi
Adrenalini mur. 1% āā 1,0
Lanolini
Vaselini āā 5,0

Töö kiirendamise huvides tuleks apteekidesse suunata sagedamini esinevaid salve ja emulsioone valmisravimitena. Näiteks süntomütsiini-emulsiooni 5% ja 10% — 30,0; anesteisiinialvi 5% — 30,0; albutsiidisalvi 20% — 10,0; salitsüülisalvi 5% ja 2% — 30,0; streptotsiidisalvi 5% — 30,0 ja furatsiliinialvi 1 : 500 — 20,0.

Järeldused

Elanikkonna medikamentoosse teenindamise parandamiseks ja ravimite kiiremaks jõudmiseks apteegist haigeni on tarvis:

- 1) apteeke pidevalt varustada olemasolevate valmisravimvormidega;
- 2) arstidel retseptide väljakirjutamisel jälgida toodetavate valmisvormide nomenklatuuri;
- 3) töös esiletõstetud uute standardretseptide kohta avaldada arstidel ja farmatseutidel oma seisukohti;
- 4) Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumil kiiremas korras avada kohalik galeeniline laboratoorium, mis toodaks vähem säilivaid ning kohaliku tähtsusega ravimvorme.

О СТАНДАРТИЗАЦИИ РЕЦЕПТУРЫ АПТЕК

А. Поост

Резюме

В целях улучшения обслуживания населения медикаментами и своевременного снабжения ими больных необходимо постоянно обеспечивать аптеки имеющимися готовыми лекарственными формами. При выписке рецептов врачам необходимо соблюдать номенклатуру готовых препаратов. Желательно открыть в Эстонской ССР лабораторию для местного изготовления галеновых препаратов.

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1960. A.**I. MAAROOS**

(Tartu Riikliku Ülikooli teaduslik sekretär.)

1960. a. juunikuul lõpul sooritas TRÜ arstiteaduskonnas riigieksamid 175 üliõpilast, neist 132 arsti, 24 arsti-stomatoloogi ja 19 proviisorit.

Arstid:

Joel Aasav	Virve Lüt
Ulve Allikajaka (kiitusega)	Raul Mardi
Ester Allikas	Vaike Meos
Lembit Allikmets (kiitusega)	Lagle-Siiri Mereneem
Õilme Alman	Heli-Reet Mets
Aino Annus	Reet Mutli
Reinhold Birkenfeldt (kiitusega)	Jaana Martin
Vanda Elbre	Mall Mölder
Aita-Helgi Hakman	Evi Nahkur
Eda-Liis Helbrod	Helgi Nei
Maire Hiietamm	Kaarel Nigol
Maret Hinno (kiitusega)	Ilmar-Vello Novek
Alice Jessar	Malle Nõmmeots (kiitusega)
Eunike Juhasoo	Maido Omler
Aidula-Taie Kaasik	Lembit Otsasoo
Taimi Kaasik	Mait Padul
Made Kadarpik	Lilja Pajur
Mall Kaljulaid	Ester Pender
Maimu Kangur	Hans Piiskop
Reet Kareda	Saima Prees
Leili-Marve Karemäe	Erna Pupart
Tamara Kelle	Pilvi Põldmäe
Kalju Kenk	Maret Pärnaste
Ivo-Kornelius Kerge	Õie Rikko
Küllike-Taimi Kerge	Argo Rooks
Maano Kivilo (kiitusega)	Vello Roos
Ene-Helve Kook	Märt Saarma
Kersti Koort (kiitusega)	Mai Salk
Eha Kostabi	Aavo-Tõnu Salu
Elle-Imbi Krall	Vello Salupere (kiitusega)
Maret-Heda Kuk	Arno Sarv
Elvi Kull	Ester Sprengk
Tiiu Kull	Eda Sulbi
Leida Kõiv	Ants Sööt
Vivian Laas	Jaak Sööt
Linda Laater	Edgar Zucker
Hans-Heikki Laja	Rein Zupping
Rein Larens (kiitusega)	Raul Talvik
Ingrid-Luise Lasimer	Leo Tamm
Mare Lepp	Tiiu Tarien
Mare-Eeva Lindeberg	Harri Tihane
Laine Lukk	Henno Tikko (kiitusega)
Ludmilla Lõhmus	Aino Tõlp
Aime Lõokene	

Helle Urb
 Jaak-Allan Utt
 Ester Valge
 Helgi Veerme
 Maret Veske
 Helgi Viit
 Maie Õun
 Ludmilla Aksjonova
 Taisa Barabaš
 Anna Beljanina
 Viktoria Danilova
 Mirjam Dmitrieva
 Vii Ehatamm
 Niina Eks
 Raja Fedotkina
 Liima Filonenko
 Tamara Gartman
 Niina Gavrilova
 Etel Gibes
 Ninel Gofman
 Albina Goldberg
 Oleg Golovtsov
 Darmira Golovtsova

Margarita Ipatova
 Zoja Ivanova
 Nelja Judkevits
 Augusta Koval (kiitusega)
 Vitali Koval
 Inessa Krajevskaja
 Marta Kukkonen
 Helgi Lazareva
 Valeri Mironenko
 Jelena Natalitš
 Galina Ognevskaja
 Pavla Opikova
 Maja Pantšenko
 Liidia Repponen (kiitusega)
 Jülik Šafer
 Galina Selivanova
 Ludmilla Simanovitš
 Loora Sitnikova
 Boris Suhhanov
 Nikolai Tšentropov
 Emma Tširevskaja
 Ludmilla Ulitševa (kiitusega)

Arstid-stomatoloogid:

Maie-Taime Aasa
 Edvitar Hurt
 Malle Jõgeda
 Helvi Kase
 Mall Kerberg
 Maila-Reet Kert
 Hele-Vaike Kivi
 Tuuli Koppel
 Liivi Lomp
 Eda Lätt
 Maia Meiesaar
 Aino Nigol

Helve Padar
 Tiit Palm (kiitusega)
 Vaike Panik
 Virve Põlluste
 Õie Sikka
 Ilme Trump
 Tiit Tuldava
 Marta Vallner
 Helle-Mall Vandsinsky
 Maie Veske
 Sirje Viilup
 Ilmi-Riina Viitas

Proviisorid:

Õie Ainumäe
 Eve Jakobson
 Kadi Kongas
 Eevi-Ester Kornel
 Mall Kotli
 Hille-Maie Lill
 Milvi Lillemaa
 Virve Läänesaar
 Virge Meriste
 Helga Nõmmik

Anne-Liis Padar
 Maimu Pihelpuu
 Elve Pruuel
 Hilja Puusep
 Eesi Püss
 Eili-Mall Sei (kiitusega)
 Inga-Lill Toodejüri
 Malle Vesikioja
 Maie Viin

TRÜ ARSTITEADUSKONNA ÜLIÕPILASTE VOISTLUSTÖÖDEST 1960. A.

Käesoleva aasta üliõpilaste teaduslike tööde võistlusele esitati arstiteaduskonnast 11 tööd, millest 9 tööle omistati I auhind ja 2 tööle II auhind. Positiivsena tuleb märkida, et võistlustööde autorite hulgas on ka 3 II kursuse üliõpilast.

VI kursuse üliõpilaste Harry Tihase, Henno Tikk ja Raul Talviku töö «Konserveeritud arterite homotransplantatsioonist koertel» (juhendajad prof. A. Linkberg, dots. Ü. Arend ja ordinaator E. Tünder) on esimeseks sellelaadiliseks meie vabariigis. Peenemate arterite homotransplantatsiooni küsimus on põhjalikumalt läbi uurimata ka maailma ulatuses. Eesti NSV-s on autorid anastomooside teostamisel esmakordselt rakendanud veresoonte õmblemise aparati. Nende poolt

on modifitseeritud ka arterite säilitamise meetodit, mis kõlbab transplantaatide säilitamiseks kuni 30 päeva vältel ja on rakendatav ka kliinilises praktikas.

VI kursuse üliõpilane Mare Lepp ja IV kursuse üliõpilane Tiina Tanimäe esitasid töö «Ioniseeritud hapniku toimest termoregulatsiooni mõningatesse näitajatesse poliomüeliidi taastumisperioodil» (juhendaja dotsent E. Raudam). Autorid põhjendavad negatiivselt ioniseeritud hapniku rakendamist raviks poliomüeliidi taastumisperioodis ja näitavad selle ravimeetodi kasutamise võimalusi teiste haiguste puhul. Negatiivselt ioniseeritud hapniku manustamisel toimub organismi häiritud vegetatiiv-troofiliste funktsioonide normaliseerumine.

VI kursuse üliõpilane Rein Zupping ja V kursuse üliõpilane Enno Kross esitasid töö «Elektroaerosoolide toimest organismi mõningatesse funktsioonidesse neuroloogilistel haigetel» (juhendaja dotsent E. Raudam). Autorid töötasid välja hingamishäiretega poliomüeliidihaigetele elektroaerosoolravi meetodi, mis on leidnud rakendamist Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kunstliku hingamise tsentrumis. Oluline tähtsus on töö järelduisel, et aerosoolide asemel on otstarbekam raviks kasutada elektroaerosooli.

VI kursuse üliõpilane Lembit Allikmets esitas töö «Skisofreeniahaigete insuliinravi ja kombineeritud insuliin-konvulsioonravi vahetud tulemused Vabariiklikus Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogilises Haiglas» (juhendaja professor E. Karu). Toetudes suurele kliinilisele materjalile näitab autor, et insuliinravi üksi annab skisofreenia puhul häid remissioone 73,4%, kombineeritult aga 84%. Töös on oluline ka elekter-krampravi indikatsioonide täpsustamine.

VI kursuse üliõpilane Märt Saarma esitas töö «Kõrgema ja vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist ja omavahelistest suhetest neuroosihaigetel» (juhendaja dotsent J. Saarma). Eksperimentaalse uurimise alusel leidis autor, et neuroosihaigete kõrgemas närvitalitluses prevaleerib passiivse pidurduse tendents, mistõttu vegetatiivne närvisüsteem osalt vabaneb koorepoolsest kontrollist. Seetõttu esineb hüsteeriahaigetel vegetatiivsetes funktsioonides ebastabiilsust ja neurasteeniahaigeli düsharmoniat.

VI kursuse üliõpilane Hedda Kukk oma töös «Barbamüüli mõjust põrnale kui erütrotsüütide reservorganile» (juhendaja prof. E. Käer-Kingisepp) toob esile, et vere nn. lahjenemise, s. o. erütrotsüütide arvu languse mehhanism veekoormuskatsul ja barbamüüli manustamisel on erinev. Seejuures barbamüüli puhul etendab vere lahjendamisel olulist osa põrna talitus.

VI kursuse üliõpilased Ester Allikas, Pilvi Põldmäe, Helle Urb ja Ester Valge esitasid töö «Lambliooosi esinemise sagedusest varaealistel lastel Tartu linna lastesõimedes» (juhendaja dots. L. Keres). Töös valgustatakse lambliooosi esinemise sagedust tervetel lastel Tartu linna lastesõimedes teostatud uuringute alusel. Autorid näitavad, et lambliooosi diagnoosimiseks on vaja teha vähemalt 5 rooja analüüsi. Uuritavatel lastel täheldati lambliooosi keskmiselt 17%. Lambliooosihaigetel lastel esines tervisehäireid sagedamini kui sama kollektiivi tervetel lastel.

Stomatoloogia osakonna IV kursuse üliõpilased Kaie Noor ja Peeter Kink esitasid töö «Filatovi varreplastika tulemused katseloomade kiiritamise korral» (juhendaja prof. V. Hiie). Teostati küülikul 30 Filatovi vart mitmesugustel tähtaegadel pärast kiiritust gamma-kiirtega. Selgus, et varred regenereerusid kõige paremini, kui neid moodustati 1—3 päeva pärast kiiritamist. Katseloomadel on uuenduslikult kasutatud operatsioonipiirkonna kaitsmiseks spetsiaalset vesti.

Stomatoloogia osakonna V kursuse üliõpilased Maie Aasa, Mall Kerberg, Aino Nigul, Tiiu Palm ja Öie Sikka esitasid töö «Tartu Riikliku Ülikooli üliõpilaste suuõõne seisundist» (juhendaja assistent S. Russak). 725 üliõpilase suuõõne läbivaatuse alusel selgus, et 95% üliõpilastest on hambad kaariesest haaratud. Karioossete hammaste arv moodustab 23% läbivaadatud hammaste arvust, kusjuures ravimata on neist 42%.

Kõigile loetletud töödele omistati esimesed auhinnad.

II kursuse üliõpilase Peeter Roosaare ja III kursuse üliõpilase Järvi Metspalu töös «Mõningaid küsimusi kubemekanali ehitumusest» (juhendaja aspirant A. Lepp) esitatakse andmeid kubemekanali ehitumuse, variatsioonide ja ealiste ning sooliste muutuste kohta 30 juhu uuringu alusel. Autorite poolt on leitud, erinevalt kirjanduse andmest, ka sisemiste kõhulihaste osavõttu kubemekanali eesseina moodustamisest ja tugevdamisest, mille esinemise variatsioonid võivad olla seoses kubemesongade tekkega.

II kursuse üliõpilased Anne Lätt ja Liivi Ott esitasid töö «Pöia eesmise transversaalvõlvi plastilisest deformatsioonist akuutse koormuse toimet» (juhendaja assistent O. Maimets). Autorite uurimused kinnitavad seni vaidlusaluse pöia eesmise transversaalvõlvi olemasolu. Akuutse koormuse puhul täheldati pöia eesmise transversaalvõlvi kõrgenemist ja pikenemist, mille põhjuseks peavad autorid metatarsaal-luude pähekute all paiknevat pehmete kudede padjandit.

Nendele kahele tööle määrati II auhind.

M. Sikk,

TRÜ Arstiteaduskonna ÜTÜ nõukogu esimees

**ÜLELIIDULINE KONVERENTS AERO- JA HÜDROAEROIONISATSIOONI
KÜSIMUSTES**

Taškendis toimus 25.—28. maini 1960. a. üleliiduline konverents aero- ja hüdroaeroionisatsiooni küsimustes, mille päevakorras oli 76 ettekannet peamiselt Moskva, Leningrandi, Taškendi, Riia ja Tartu teadlastelt. Konverentsil arutati õhu loomulikkude ja kunstlikku ionisatsiooni, aero- ja hüdroaeroioonide füsioloogilist toimet, aero- ja hüdroaeroionisatsiooni kliinilist kasutamist, aero-ioonide hügieenilist tähendust ning tutvuti hüdroaeroioonide generaatorite ja ionide lugejatega.

Tartu Riiklikust Ülikoolist esines konverentsil rida õppejõude. Dotsendid P. Prüller ja E. Siirde esinesid ettekandega aero- ja elektroaerosoolide toime kohta konua söögitoru virve-epiteeli aktiivsusele. Dotsent E. Siirde refereeris nina eritise pH muutustest seoses negatiivse hüdroaeroionisatsiooniga ja arstiteaduse kandidaat V. Särgava — ülemiste hingamisteede limaskesta temperatuurist ning selle muutumisest seoses aeroionoteraapiaga. Dotsent E. Raudami ja füüsikamatemaatikateaduste kandidaat I. Reineti ettekanne käsitles aerosoolide ja elektroaerosoolide kasutamist trahheotomeeritud poliomüeliidihaigetel. Dotsent E. Siirde ja I. Reineti ettekanne puudutab hapniku aerosool-ionisaatorit ja mõningaid tähelepanekuid selle kasutamisest meditsiinis. I. Reineti esines samuti ettekandega uutest portatiivsetest hüdro- ja aeroioonide lugejatest, mida kasutatakse elektroaerosoolide laengu määramiseks, ning uutest aerosool- ja aeroionisaatoritest, mida edukalt kasutatakse meditsiinilises praktikas Tartu kliinikutes. I. Reineti, A. Pae, V. Reeben, E. Tamm kirjeldasid hapniku ionisaatorit automatiseeritud temperatuuri stabilisatsiooniga karastatud juhtme abil ja assistent Tammet — aeroionisaatorite ning ionomeetrite ehitamise küsimust aeroionoteraapia laialdaseks juurutamiseks.

Konverentsil rõhutati Tartu Riikliku Ülikooli teadlaste töö suurt tähtsust aeroionisatsiooni alal ja märgiti Tartu Riiklikku Ülikooli kui ühte juhtivat keskust selles küsimuses Nõukogude Liidus.

Prof. I. Vassiljev NSVL Arstiteaduse Akadeemia I. P. Pavlovi nimelisest Füsioloogia Instituudist näitas oma tööde alusel, et negatiivsed aeroioonid tõstavad organismi vastupanuvõimet selliste patogeensete faktorite suhtes nagu hapnikunälgus. äge verekaotus ja eksperimentaalne unetus.

Rohkesti töid oli pühendatud bronhiaalastma ja hüpertooniatõve (I ja II staadium) ravimisele aeroionisatsiooni abil.

Rida töid rõhutasid aeroionisatsiooni tähtsust õhu hügieenis ja selle tolmu- ning bakteritevabaks tegemisel, pneumokonioosi profülaktikas ja sportlaste jõudlusvõime tõstmisel.

Konverentsil võeti vastu otsus laialdasemalt edasi arendada uurimistöid aeroionisatsiooni alal, organiseerida aeroionisaatorite seeriaviisilist tootmist ja meditsiinilisse praktikasse juurutamist, mis peab toimuma ainult ravi- ja profülaktikasutustes arsti kontrolli all.

A. Luts

**ÜLELIIDULINE TEADUSLIK-TEHNILINE NÕUPIDAMINE
VEEKOGUDE SANITAARSE KAITSE KÜSIMUSTES**

17. kuni 20. juunini 1960. a. toimus Lvovis üleliiduline teaduslik-tehniline nõupidamine jõgede ja veehoidlate tööstus- ja majapidamisreovetega reostumise eest kaitsmise küsimustes, mille organiseeris Lvovi Energeetikute Teaduslik-Tehnilise Ühingu oblastivalitsus.

Nõupidamisel esitati 35 ettekannet ja fikseeritud sõnavõttu. Nõupidamise avas Lvovi oblastikomitee esimees A. Kutšeruk. Veekogude reostumisega võitlemise põhisuundasid, reovete puhastusmeetodeid ja nende arenguperspektiive käsitles

A. Veraksitš. Ülevaate Vene NFSV suuremate veekogude sanitaarsest seisundist andis I. Kibaltšitš. Referent viitas vajadusele süvendada veekogude uurimist Vene NFSV-s eesmärgiga välja töötada abinõud jõgede ja veehoidlate sanitaarse seisundi parandamiseks.

Andmeid Ukraina NSV jõgede ja veehoidlate sanitaarsest seisundist esitas N. Kvitnitskaja, kes tegi ka konkreetseid ettepanekuid Ukraina veekogude sanitaarse seisundi parandamiseks.

Kaukaasia jõgede ja veehoidlate reostumisest kõneles L. Gvelesian.

Veehoidlate radioaktiivse reostumise kohta nii Nõukogude Liidus kui ka USA-s esitas andmeid M. Fortunatov.

E. Turetskaja esines Lääne-Bugi ja Dnestri sanitaarse iseloomustusega ja tegi ettepanekud nimetatud jõgede sanitaarse seisundi parandamiseks.

Veekogude bioloogilisest reostumisest ja selle mõjust kaladele kõneles M. Kun.

Peamistest vahenditest veekogude reostumise vältimise ja projekteeritavate puhastusadmetega alal andis ülevaate N. Lukinõh.

Reostunud veekogude vee toimet hüdroelektrijaamade tööle käsitlesid I. Ponišovski, G. Doliev ja B. Šimanski.

Metallurgiatööstuse ettevõtete reovete puhastusseadmeist andis ülevaate Sverdlovski Rahvamajanduse Nõukogu esindaja.

Ettekannetes puudutati veel koksikeemia, naftatööstuste, masinatehaste, hüdroelektrijaamade, sünteetilise kautšuki ja teiste orgaaniliste ainete sünteesimisettevõtete reovete puhastamismenetlusi.

Linnade majapidamisreovete puhastamise uutele meetoditele oli pühendatud I. Godesi (Moskva Kommunaalmajanduse Akadeemia) ettekanne.

Reovete kahjutustamist põllumajanduslikel niisutusväljadel kui tõhusat vahendit veekogude reostumise vältimiseks soovitas A. Lvovitš, viidates söödakultuuride saagikuse tõusule reovete toimel.

Nõupidamisel esitatud ettekanded andsid ülevaate kaasaegseist tööstus- ja majapidamisreovete puhastusseadmetest Nõukogude Liidus ja meie suuremate veekogude sanitaarsest seisundist.

I. Velde

DERMATO-VENEROLOOGIDE VABARIIKLIK TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

13. mail k. a. Tallinnas toimunud dermatoveneroloogide vabariikliku konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus.

Konverentsil käsitles R. Uuetoa oma ettekandes võitluse tulemusi sugu- ja nakkavate nahahaigustega 1959. a. ja ülesandeid tulevikus. Vaatamata sellele, et viimastel aastatel on Eesti NSV-s avastatud igal aastal vaid üksikuid värske süüfilise juhtumeid, ei tohi meie valvsust vähendada, sest värske süüfilis kuulub seitseaastaku vältel likvideerimisele. Seetõttu on vaja nõuda endiselt rasedatele ja somaatilistes haiglates ravil viibivatele haigetele seroloogiliste uurimiste teostamist. Seoses nende uurimiste laiahaardelisusega ei ole meil viimastel aastatel avastatud ühtegi varajast kaasasündinud süüfilise juhtu.

Enamiku naistenõuandlate töö gonorröa avastamise alal ei ole tõhus. On vaja tugevdada võitlust alkoholi vastu ja tõsta sanitaarharidustöö tähtsust võitluses suguhaigustega.

Seentõbesid registreeriti 1959. a. 31,5% võrra vähem kui 1958. a. Sellel alal tuleb tugevdada koostööd sanitaar-epidemioloogia jaamadega ja veterinaaridega. Suuremat tähelepanu on vaja pöörata mädanikulistele ja professionaalsetele nahahaigustele.

Dermatoveneroloogiaasutuste ülesanded on: 1) värske süüfilise, faavuse ja leepa täielik likvideerimine; 2) gonorröa, trihhofüütia ja mikrosporia tunduv vähendamine; 3) professionaalseid dermatoose ja raskeid nahahaigusi põdevate haigete dispanseerimine.

Süüfilise kaasaegsest ravist kõneles M. Kolomoitsev. Vaatamata sellele, et salvarsaan etendas süüfilise ravis tähtsat osa, ei tohi unustada ka sagedaid salvarsaanist tekitatud tüsistusi. Ravi puhul antibiootikumidega, eeskätt penitsilliinipreparaatidega ei esine neid komplikatsioone. Seoses penitsilliini dürrantse preparaadi — bitsilliini — kasutusele võtmisega muutub ravi haigetele vähem koormavaks ja ravi tulemused on esialgsete andmete järgi head.

Arstiteaduse kandidaadi J. Terasi ettekandest «Urogenitaaltrakti trihhomoniaasi põdevate haigete katselise dispanseerimise tulemustest» nähtub, et trihhomoniaas levib sugulisel teel, mispärast seda põdevad haiged tuleb dispanseerida ühistel alustel gonorröahaigetega.

E. Rõigas käsitles meeste urogenitaaltrakti trihhomoniaasi diagnostikat ja ravi. *Trichomonas vaginalis*'e leid eriti meestel ei sõltu ainult laboratoorsel uurimisel

rakendatud meetoditest, vaid suurel määral uuritavast materjalist ja selle võtmisest. Sõnavõtja rõhutas trihhomoonase külvimeetodi suuremat diagnostilist efektiivsust võrreldes natiiv- ja värvitud preparaatidega. Spetsiifilise üldravi senise ebaedukuse tõttu on praegu kasutusel peamiselt lokaalsed ravimeetodid.

Kõneldes gonorröa ravist toonitas S. Efroimson, et põhiliseks ravimiks jääb siin penitsilliin.

P. Ott valgustas bakterioloogilise söötmekoostise ja selle valmistamisviisi tähtsust gonokokkide kasvule nende kultiveerimisel. Ettekandja näitas statistiliste andmete varal, et kroonilise gonorröa diagnoosimisel on gonokokkide külvimeetodil suur tähtsus.

Dotsent L. Nurmand esitas andmeid türeotoksikoosi tähtsusest mõningate dermatooside etiopatogeneesis. Selgus, et nahahaigustest, mis esinesid türeotoksikoosiga, paranesid 90% ilma erilise naharavita paralleelselt kilpnäärme funktsionaalse seisundi paranemisega.

Arstiteaduse kandidaat H. Vahter käsitles professionaalsete dermatooside diagnostika küsimusi. Professionaalse dermatiidi ja ekseemi diagnoosimisel tuleb pöörata enisest enam tähelepanu haige komplekssele uurimisele, sealhulgas nahatestidele. Põlevkiviõlidega töötajad tuleb dispanseerida ja vähendada miinimumini naha kontaktetumist õlidega.

L. Krolli ettekanne oli pühendatud naha villtõve etioloogiale ja ravile. Ravi puhul steroidsete hormoonidega on saavutatud enamikul pemfigusehaigetest kestvaid remissioone.

Fotodermatoosidest, nende ravist ja seosest porfüüriiniga kõneles J. Gots.

V. Vratski demonstreeris nahahaiguste uuemate laboratoorsete uurimiste alal pemfiguse ja erütematoosi rakke. Ühtlasi juhtis ta tähelepanu asjaolule, et meil levib üha enam rubrofütia.

Oma tähelepanekud sügelevate dermatooside ravi alal novokaiini, benкаиini ja dimedrooliga esitas R. Markovitš.

Epilliini kasutamise tagajärgi juustega kaetud peanaha seentõve puhul kirjeldasid N. Bogdanova ja K. Kondratjeva. 4% epilliiniplaastriil on head epilleerimisomadused ja seda peab kasutama eriti neil juhtudel, kus röntgenepilatsioon on vastunäidustatud.

J. Rubanovitši ettekanne käsitles nahahaigete dispanseerimise küsimust.

Professionaalsete dermatooside profülaktika küsimusi käsitles G. Sillard.

Pärast läbirääkimisi võeti vastu resolutsioon. 14. mail toimus konverentsist osavõtjate ekskursioon Kuuda leprosooriumi, kus demonstreeriti leepראהgeid ja tutvuti uute ravimite ja ravimeetoditega.

R. Uue to a

NAKKUSHAIGUSTE KONVERENTSILT LENINGRADIS

6.—8. aprillini k. a. toimus Leningradi L. Pasteuri nimelise Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi ja NSV Liidu loodeblastite sanitaar-epidemioloogia jaamade esindajate konverents, millest võtsid osa ka Moskva, Tallinna jt. sama profiiliga instituutide töötajad.

Konverentsil käsitleti looduskoldelisi, piisk- ja soolteinfektsioone.

Looduskoldeliste infektsioonide esinemise kohta NSV Liidu loodealadel (Eesti NSV kaasa arvatud) esitasid huvitavaid andmeid professor K. Tokarevitš kaas-töölistega. Märkiti, et varem tuntud leptospirooside tekitajate (*L. icterohaemorrhagiae*, *L. grippotrophosa*, *L. pomona*, *L. akijami* B.) kõrval on avastatud veel teiste tüüpide — *L. tarassowi*, *L. bataviae*, *L. sorex* tsirkuleerimine. Q-palaviku looduslikus koldes on meie tingimustes haiguse reservuaariks ja levitajateks hiired ning puugid *Ixodes ricinus*.

Rõhutati, et looduskoldeliste haiguste uurimine ei toimu veel süstemaatiliselt, vaid tegeldakse nendega ainult puhangute esinemisel. Edukaks võitluseks looduskoldeliste haigustega on vaja tunduvalt parandada sanitaar-epidemioloogia jaamade tööd faktiliste materjalide kogumisel ja analüüsimisel. Samuti tuleb taotleda tihedat koostööd meditsiini- ja veterinaarala spetsialistide, parasitoloogide ning zooloogide vahel.

Eesti NSV seisukohalt omab tähtsust Pihkva Oblasti Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ja Petseri Rajoonihaigla sanitaar-epidemioloogia osakonna ühine uurimus laiussi esinemise kohta Pihkva oblasti kalurikolhoosides ja mõnedest profülaktika abinõude rakendamise tulemustest. Pihkva ja Peipsi järve kaladest esineb laiussi plerotserkoide kõige sagedamini haugidel, vähem ahvenail, kiiskadel ja tintidel. Häid tulemusi annab haiguskolletes laialdaste laboratoorsete uurimiste läbiviimine ja avastatud haigete hoolikas ravi koos asulate heakorrastamisega ning sanitaarselgitustööga.

Piisknakkustest käsitleti konverentsil leetrite, läkaköha, gripi jt. infektsioonide küsimusi. Üldist tähelepanu äratasid ja põhjustasid elavaid diskussioone ettekanded uurimistöödest leetrite elusvaktsiini alalt. Professor A. S m o r o d i n t s e v i juhtimisel on L. Pasteuri nimelise instituudi viroloogialaboratooriumi töötajad valmistanud leetrite vaktsiini attenueeritud viirusest «Leningrad-4». Inimese neeru- ja amnionikoel, samuti kana embrüo fibroblastidel adapteeritud viirus on kaotanud võime paljuneda vastuvõtlike laste ülemistes hingamisteedes. Sama viirus aga manustatuna nahaalusi või nahasisesei paljuneb laste organismis ja põhjustab immuunsuse. Näib, et uurijatel on vaja enne vaktsiini juurutamist praktikasse vähendada selle reaktoogensust, sest praegune vaktsiin põhjustab vaksineerituil 1—2 päeva vältava temperatuuri tõusu ja vahel isegi mõõduka lööbe tekkimise.

Soolteinfektsioonidest esitati ettekandeid kolienteriitide, düsenteeria ja salmonellooside alalt.

L. H a s e n s o n'i tähelepanekute kohaselt esineb lastel esimesel eluaastal kolienteriite 3 korda sagedamini düsenteeriast ja 15—20 korda sagedamini salmonelloosidest. Kolienteriitide epidemioloogias võib täheldada ühiseid jooni düspepsiatega, mis neid eristab düsenteeriast. Haigestumine toimub siin peamiselt esimestel elukuudel, düsenteeriasse haigestumine sageneb aga esimese eluaasta lõpul. Kolienteriit on 3 korda kontagioossem düsenteeriast. Laste vanuse suurenemisega väheneb suremus kolienteriitidesse, kuid tõuseb sümptoomideta pisikukandjate osatähtsus. Kolienteriiti haigestuvad sagedamini kunstlikul toidul olevad lapsed. Haiglasisest puhangute puhul esineb rohkem raskeid haigusvorme kui sõimedes. Esimesel eluaastal soolteinfektsioonidest surnud lastel on $\frac{3}{4}$ juhtudest surma põhjuseks kolienteriit. Teisel eluaastal moodustab kolienteriitidesse haigestumine $\frac{1}{5}$ teistest sooltenakkustest, olles pärast düsenteeriat teisel kohal. Kolienteriidi kvalifitseerimine professor E. Novgorodskaja koolkonna poolt eksogeense nakkushaigusena on võimaldanud välja töötada rea efektiivseid profülaktikaabinõusid. Äärmiselt oluline on kolienteriidihai ge varajane isoleerimine ja ravimine. A. L o s j e v a rõhutas kolienteriidihai gete ravi kompleksust ning mütseriini ja kolimütseriini rakendamise häid tulemusi.

N. Bartõševa ettekanne käsitles düsenteeriasse haigestumise epidemioloogia iseärasusi Leningradis 1959. a., kus täheldati haiguse levikut ka toiduainete, peamiselt piima ja piimasaaduste (kohupiim, koor jt.) kaudu.

S. gallinarum — *pullorum*'i avastamisest inimesel, mida Eestis varem ei ole kirjeldatud, esitasid kollektiivse ettekande H. P i h l, K. R j a b t s e n k o ja R. M a i.

Konverentsi viimane päev oli pühendatud L. Pasteuri nimelise instituudi teadusliku uurimistöö praktikasse juurutamise küsimustele.

H. P i h l

EESTI NSV KIRURGIDE VII VABARIIKLIK KONVERENTS

9. kuni 11. juunini 1960. a. toimus Tallinnas Eesti NSV XX aastapäevale pühendatud kirurgide VII vabariiklik konverents, millest võttis osa 266 kirurgi, nendest 89 külastat Moskvas, Leningradist, Riist ja Kaunasest. Kuulati ära 38 ettekannet, neist 20 külastisesinejailt.

Vabariigi peakirurg prof. L. Š o s t a k andis ülevaate Eesti NSV kirurgia-teenistuse arengust 20 aasta jooksul, kusjuures märkis kirurgide arvu suurenemist ligi 4 korda, kirurgia-statsionaaride võrgu tihenemist ja kirurgilise abi spetsialiseerumist ning täiustumist. Esimese istungi ülejäänud 5 ettekannet olid pühendatud perifeersete veresoonte haiguste, peamiselt obliteraeruva endarteriidi kirurgilisele ravile. Prof. A. F i l a t o v Leningradist rõhutas veresoonte läbimatuse kirurgilise ravi efektiivsust ja soovitas selle meetodi laialdasemat rakendamist ka meie vabariigis, kasutades veresoonte transplantatsioone ja proteese.

Teisel istungil esinesid peamiselt küllalised ettekannetega südamekirurgia alalt ja tutvustasid Eksperimentaalse Kliinilise Aparatuuri ja Instrumentide Teadusliku Uurimise Instituudis konstrueeritud uusi aparate ning nende rakendamisvõimalusi ja seni saavutatud tulemusi. Esitati mitu õmblusaparaati veresoonte, bronhide ning mao ja soole õmblemiseks, samuti ka spetsiaalseid kunstliku vereringe ja südame opereerimise aparate.

Samal istungil esitati veel 2 ettekannet stenokardia kirurgilise ravi kohta Kaunasest ja Tartust (L. V a i n e r), kusjuures ulatusliku sõnavõtuga samas küsimuses esines S. G u l o r d a v a Tallinnast. Käsitleti samuti elustamise probleemi. Sel alal on saavutatud mõningat edu Tallinna Vabariiklikus Haiglas, kus on loodud elustamise keskus.

Kolmandal istungil käsitleti traumatoloogia probleeme — peamiselt liigesesiseste murdude ravi mitmesuguse lokalisatsiooni puhul ja Sudecki sündroomi jässete luumurru komplikatsioonina. Eesti NSV-s kasutatakse laialdaselt operatiivset ravimeetodit ja saadud tulemused vastavad igati kaasaja nõudele.

Eriküsimusena esitas E. Raudam ettekande nimme- ja ristluu piirkonna diskuste prolapside kirurgilisest ravist.

Neljandal istungil käsitleti hematoloogia probleeme. Tutvustati kaasaegseid vereasendajaid ja uusimaid preparaate. Eri ettekandega tromboflebiitse splenomegalia ja Korovnikovi haiguse diagnoosi kohta esines M. Patsiora Moskvast.

Viies ja viimane istung oli pühendatud peritoniitide ja pitsunud songade ravile. Referente oli Tallinnast, Tartust, Jõhivist ja Kaunasest. Kõik nad rõhutasid varajase diagnostika ja kompleksse ravi vajadust. Uudsenäimetat kورتikosteroidsete preparaatide ja AKTH-i manustamist, mis muudab peritoniitide kirurgilise ravi kulgu. Eri küsimusena käsitles A. Tuch hemorraagilise vaskuliidi sündroomi ägeda kõhu kliinikus ja selle diagnostilist tähtsust.

Konverentsil demonstreeriti filme, mis illustreerisid keerulisi operatsioone ja uute aparatuuride kasutamist.

I. Freiberg

EESTI NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONVERENTSILT

13. ja 14. mail s. a. toimus Tallinnas Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents, millest võttis osa rohkesti eriarste meie vabariigist, peale selle külalistena kolleege Riiaist.

Põhilisteks probleemideks olid erialased onkoloogilised küsimused, tümpanoplastika ja tonsillaarprobleem.

Prof. N. Hodjakov Riiaist esitas tema poolt modifitseeritud Hautant'i operatsioonimeetodi kõrvatsakese vähi puhul.

A. Tuchi ettekanne käsitles neelu plasmotsütoomide küsimust.

E. Gaudinši (Riia), H. Kruuse ja V. Sargava ettekanded haarasid tümpanoplastika probleemi. Tümpanoplastika kui helijuhtesüsteemi haarav kesk-kõrva radikaaloperatsiooni liik on leidnud laialdast levikut viimase 10 aasta jooksul. V. Sargava rääkis tümpanoplastika näidustustest, mille määramisel omab suurt tähtsust kuulmisluukeste ahela funktsioonivõime kindlakstegemine akustilise sondi abil.

A. Luts analüüsis angiinide esinemissagedust Eesti NSV-s 1959. a. tööstusalade järgi. Kõige sagedamini esineb angiin tööstusharudes, kus sanitaar-hügieenilised tingimused on ebasoodsamad (tekstiilitööstus, naha- ja jalatsitööstus, põlevkivitööstus jne.).

L. Kačane (Riia) esitas oma meetodi mandlikrüptide sisalduse uurimiseks, mis on abistavaks vahendiks kroonilise tonsilliidi diagnoosimisel, samuti raviresultaatide hindamisel.

R. Uustal käsitles reuma seost kroonilise tonsilliidiga ja selle ravi Tallinna lastehaigla andmetel.

L. Espar rääkis abstsess tonsillektoomiast Tallinna Vabariiklikus Haiglas.

V. Kapral esitas kasuistilise juhu kandidamükoosist, mis kulges letaalselt. Kandidamükoos oli tekkinud ilma antibiootikumide tarvitamiseta.

E. Siirde rääkis ninaeritise ja sülje pH muutustest seoses negatiivse ionisatsiooniga. Terve nina eritise pH on neutraalne või nõrgalt alkaalne (7,00—7,20), põletikuliste seisundite, eriti atroofiliste seisundite puhul (atroofiline riniit, oseen) muutub pH alkaalsemaks (kuni 7,60). Negatiivsete elektroaerosoolide toimel ninaeritise pH alkaalsus väheneb või muutub neutraalseks käsikäes kliiniliste nähtude normaliseerumisega.

E. Laamanni ja M. Tiku ettekanne käsitles ninakõrvalõõnte röntgendiagnostikat kontrastvahendiga.

S. Sibul ja A. Pae käsitlesid luminesentsuurimist otorinolarüngoloogias. See uudne uurimismeetod toob nahal, limaskestal ja limaskestaaluses koes nähtavale muutused, nagu haavandid, verevalumid, hüperemia jne., mida palja silmaga ei näe.

A. Jents esitas ettekande makroskoopilistest muutustest tuberkuloosiga nakatatud katseloomadel aerosoolravi puhul.

E. Laamann käsitles kardiospasmide raviküsimust dilatatsioonimeetodil.

H. Alev esitas kogemusi kogelejate ravist aminasiiniga. See vahend kupeerib kiiresti kogelemisele kaasuvad motoorse rahutuse ja kaasliigutused ning on näidustatud kogelemise kompleksel ravil koos logopeedilise harjutusraviga.

K. Gerassimova rääkis neurootilistest nähtudest otorinolarüngoloogias. Oluline on siinjuures arsti isiklik veenev mõju haigele, psühhoteraapia.

L. Luts esitas ülevaate otorinolarüngoloogilistest haigustest sportlastel. Kõige sagedamini esinevad otorinolarüngoloogilised haigused ujujatel, seejärel poksijatel, maadlejatel, kergejõustiklastel jt.

Konverentsil võeti vastu resolutsioon edaspidise tegevuse suunamiseks.

V. Särgava

VABARIIKLIK SOOLTENAKKUSTE KONVERENTS

21.—22. juunini 1960. a. toimus Tallinnas vabariiklik teaduslik-praktiline konverents sooltenakkushaiguste küsimustes.

Konverentsist võtsid arvukalt osa infektsionistid, bakterioloogid, epidemiooigid, pediaatrid ja teiste erialade arstid.

Konverentsil käsitleti düsenteeria, kolienteriitide, kõhutüüfuse ja teiste salmonellooside etioloogia, kliiniku, epidemioloogia ning profülaktika küsimusi. Ettekanne-tega esinesid Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juhtivad töötajad, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri õppejõud, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslikud töötajad ning mitmed arstid-praktikud. Külalisena esitas oma ettekande N. Jahnina NSV Liidu Teaduste Akadeemia N. F. Gamaleja nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudist.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog K. Vassiljeva andis põhjaliku ülevaate ägedatesse soolteinfektsioonidesse haigestumisest vabariigis. 1959. a. paranes düsenteeriasse haigestumise bakterioloogiline diagnostika, mil düsenteeria diagnoos kinnitati bakterioloogiliselt 39,2% juhtudest, Tallinnas aga koguni 51,9%. Uha enam avastatakse Sonne baktereid. kui 1958. a. põhjustasid need 46,5%, siis 1959. a. aga juba 73,3% bakterioloogiliselt tõestatud haigestumistest. Tunduvalt on vähenenud krooniline düsenteeria laste hulgas.

Eesti NSV peasanitaarinspektor I. Masik näitas teid sooltenakkustesse haigestumise vähendamiseks. Võitlus nakkushaigustega, sooltenakkused kaasa arvatud, omab erakordset tähtsust NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest. Elanikkonna elujärje pidev paranemine, kommunaalhügieeni nõuete rakendamine ja laiade hulkade sanitaarlaste teadmiste tõstmine loob kõik eeldused soolteinfektsioonide tunduvalt vähendamiseks ja likvideerimiseks.

Kõhutüüfust käsitlesid A. Vorobjova, A. Fominõhh ja M. Ponomarjova. Ülevaate salmonellooside uurimise aktuaalsematest küsimustest andis H. Pihl. Mikrobioloogiliselt karakteriseeris salmonellasid arstiteaduse kandidaat R. Sudakova. Bioloogiakandidaat A. Ahhundova esitas aga tähelepanekuid salmonellade ja patogeensete kolikepikeste ravimresistentsuse kohta.

Kolienteriitidele oli pühendatud kokku 5 ettekannet. Neist kõige kesksamaks kujunes N. Jahnina referaat, milles anti ülevaade kolienteriitide uurimisest tänapäeval. Huvi pakkus I. Stšerbakovi ja kaastööliste ettekanne, mis käsitles soolekepike 145 poolt tekitatud toidumürgistusi. A. Svitškarjova käsitles väheuuritud aglutiniinide otsinguid kolienteriidihaigete vereseerumist. Kolienteriidihaigete kliinilistest nähtudest ja ravist kõneles Tallinna Linna Nakkushaigla arst M. Tsarik.

Arstiteaduse kandidaat E. Tallmeister kirjeldas fenüülamiini- ja türoosiintestide kasutamist enterobakterite diferentseerimisel. Arstiteaduse kandidaat A. Lenzner esitas tähelepanekuid tablettmeetodi kohta mikroobide biokeemilise aktiivsuse määramisel. A. Daniloovitš kõneles organismi reaktiivsuse nihetest düsenteeria puhul ja arstiteaduse kandidaat E. Tammepõld süntomütsiini kasutamisest Botkini tõve korral.

Parasitaarseid haigestumisi, peamiselt lamblioosi, kirjeldasid G. Kondratjeva ja N. Elšteina.

Vabariigi peapediaater A. Vares käsitles enteratoxikooside ravi väikelastel.

Ettekanded tekitasid elavaid diskussioone. Sõnavõtu korras esinesid Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lepp, Eesti NSV Punase Risti Selti Keskkomitee aseesimees B. Pšenitšnikov, Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst L. Stepanova, Tallinna linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama paarst A. Kuusik ja paljud teised.

Konverents oli tähtsaks etapiks kokkuvõtete tegemisel soolteinfektsioonide uurimise ja profülaktika küsimuste alal vabariigis.

H. Pihl

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIL

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kuulus hiljuti ära Tartu ja Kohtla-Järve linna ning Jõhvi rajooni TK tervishoiuosakondade juhatajate aruanded arstlike tervishoiupunktide tööst.

Kolleegium märkis, et viimasel ajal on arstlike tervishoiupunktide töö ja tööliste meditsiiniline teenindamine Kohtla-Järvel ja eriti Tartus tunduvalt paranenud. Kaevandustes nr. 2, 4, 6 ja 8 on üle mindud tsehhijaoskonna printsiibile. Paranenud on kontakt ettevõtete administratsiooni, ametiühingukomitee ja tervishoiupunktide vahel. Eriti hästi on organiseeritud Kukruse tervishoiupunkti töö (juhataja arst Leesment), kus profülaktiline töö on rajatud kindla plaani alusele, kasutatakse laialdaselt ühiskondlikku sanitaaraktiivi. Selle tulemusena oli haigestumus tööväime ajutise kaotusega-1959. aastal märgatavalt väiksem kui eelmistel aastatel.

Tartus kulgeb arstipunktide tegevus kindla tööplaani alusel, milles on pööratud peamine rõhk profülaktilisele tööle. Töötajate profülaktilisi läbivaatusi teostab arstide brigaad koosseisus kirurg, terapeut ja günekoloog. Avastatud haiged, olene- des haigusest, on hõlmatud dispanseerimisega eriarstide või tervishoiupunkti arsti poolt. Laialdaselt teostatakse tervishoiupunktides füsioterapeutilist ravi ja töölistele antakse kevadisel ja talvisel perioodil profülaktilisi kvartskuure. Haigestunud tööta- jatele, kes vajavad pikemaajalist ravi, on kindlustatud polikliniku eriarstide juurde pääsmine eelisjärjekorras.

Samal ajal märkis kolleegium, et nimetatud tervishoiuosakonnad ei ole veel kasutanud kõiki võimalusi tsehhijaoskondade teenindamisele üleminekuks, mis on end täiesti õigustanud. Mõnes tervishoiupunktis ei ole organiseeritud haigete vastu- võttu päeva teisel poolel ja haigestumuse analüüsimine toimub pinnapealselt (piir- dutakse ainult vorm 3-1 täitmisega). Sanitaar-epidemioloogia jaamad osutavad vähest nõudlikkust tööstusettevõtete sanitaarhügieeniliste tingimuste parandamisel ja ei oma küllaldast kontakti tervishoiupunktide arstidega. Tervishoiupunktide töö paran- damiseks kohustas kolleegium tervishoiuosakonna juhatajaid ja haigla peaarste:

a) vähemalt kord kvartalis tervishoiupunktide tööd läbi arutama koos ettevõtete administratsiooni ja ametiühinguorganisatsiooniga;

b) nõuda sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstidelt ja tervishoiupunktide arstidelt pideva kontrolli teostamist tööliste töötingimuste parandamise suhtes ning ravi- ja tervistavate ürituste kompleksplaani koostamist ning selle kooskõlastamist ettevõtete administratsiooni ja ametiühingu komiteedega.

Kolleegium juhtis Kohtla-Järve, Tartu linna ja Jõhvi rajooni tervishoiuosakon- dade juhatajate tähelepanu sellele, et Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kol- leegiumi ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu Presiidiumi määrus 28. maist 1959. a. on nende poolt puudulikult täidetud ning peab edaspidi põhiliseks tööstustööliste meditsiinilise teenindamise vormiks tsehhijaoskondi.

A. Sarap



**EESTI NSV TEADUSTE AKADEEMIA TEGEVLIGE PROFESSOR
A. TOMINGAS 60-AASTANE**

Tartu Riikliku Ülikooli farmakognoosia kateedri juhataja professor Alma Tomingas sündis 15. septembril 1900. a. Rakveres, kus ta omandas ka alg- ja keskkooli. Olles töötanud vahepeal apteekides, astus A. Tomingas 1925. a. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsia osakonda, mille lõpetas 1928. aastal kiitusega, jäädes pärast lõpetamist assistendiks farmakognoosia instituudi juurde. A. Tominga teadlasette algas juba üliõpilaspõlves esimese auhinna vääriliseks tunnistatud võistlustöö esitamisega. 1929. aastal oli ta juba magister ja 1933. aastal farmaatsia doktor — üks esimestest naisdoktoritest Eestis. 1935. aastal sai ta esimese naisteadlasena Eestis eradotsendi kutse, lugedes farmaatsia üliõpilastele kohtukeemiat ja farmakokeemiat ning 1940. aastal tuli kodanliku Eesti valitsusel kinnitada ülikooli nõukogu otsus esimese

Eesti naisprofessori valimise kohta. Nõukogude korra kehtestamisega määrati professor A. Tomingas TRÜ farmakognoosia kateedri juhatajaks, kellena juubilar töötab tänaseni.

Professor A. Tominga kodanliku perioodi teaduslikud tööd käsitlevad droogide kvaliteedi küsimusi, eriti aga kvaliteedi määramist keemiliste näitajate kaudu. See farmakokeemiline suund on püsima jäänud kateedri töös ka tänapäeval. Keemilisele suunale üleminekule senise botaanilise suuna asemel on praegu asunud enamik meie maa farmakognoosia kateedreid. Professor A. Tominga uurimise orbiidis on olnud saponiin-, eeterliku õli ja rasvõli droogid ning ka mitmed teised, nagu sõnajalajuurikas, humalakäbid jne. Nõukogude korra kehtestamisega 1940. aastal oli professor A. Tomingas üks esimestest nõukogude farmakognoosia saavutuste uurijatest, propageerijatest ja ühtlasi ka rakendajatest. Professor A. Tominga energilisel nõudmisel loodi kateedri vahetusse lähedusse 1940. aastal ravimtaimede aed, muretseti kateedrile herbarium ja rajati 1944. aastal ravimtaimede katsepõllud. Siitpeale algas ka tihe koostöö Üleliidulise Ravimtaimede Teadusliku Uurimise Instituudiga (ВИЛАР) ja NSV Liidu TA V. L. Komarovi nimelise Botaanika Instituudiga. Võetakse osa üleliidulistest ravimtaimede geograafilistest külvikatsetest ja uute taimede kultiveerimisest. Tänu professor A. Tominga tööle kasvatatakse nüüd ravimtaimi koolide aedades ja apteekide juures väikekultuuridena ja mõnda, nagu kummelit, isegi suurtootmises. Nii on selgunud, missuguseid taimi on otstarbekohane Eesti NSV oludes kultiveerida. Praegu toimub töö alkaloidide alal teadlaste ülemaailmse koostööna («Дружба»).

Professor A. Tomingas on 1941. a. alates Tervishoiu Ministeeriumi Opetatud Nõukogu liige, 1945. a. alates Eesti NSV teeneline teadlane, 1946. a. alates Eesti NSV TA tegevliige. 1952. a. anti talle Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukiri. Professor A. Tomingas on olnud Eesti NSV Ülemnõukogu ja Tartu Linna TSN Täitevkomitee saadikuks. 1952.—1955. aastani oli juubilar TRÜ Arstiteaduskonna dekaaniks.

Professor A. Tomingas võtab aktiivselt osa üleliidulistest teaduslikkudest nõupidamisest. 1959. a. novembris-detsembris kutsuti professor A. Tomingas Moskva juhutama NSV Liidu uue farmakopõa drooge käsitleva osa koostamist. Rohkem kui 20 korda on tal tulnud olla oponendiks teistes instituutides valminud väitekirjade kaitsmisel.

Professor A. Tominga juhendamisel on valminud 4 kandidaaditööd ja rida mitmekordselt premeeritud üliõpilaste võistlustöid. Isiklikus elus tagasihoidlik, enda ja kaastöötajate ning üliõpilaste suhtes õiglaselt nõudlik — sellisena on juubilar võitnud kaastöötajate ja oma õpilaste sümpaatiat.

Soovime juubilarile head tervist ja edu edaspidises loomingulises töös ja isiklikus elus.

J. T a m m e o r g

FRIEDRICH ARNEMAN

30. juulil suri oma 65. eluaastal Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinilise statistika sektori ülem Friedrich Georgi p. Arneman.

Friedrich Arneman sündis 20. juunil 1895. a. Riias paljulapselises töölisperekonnas. 1913. aastal, olles eelnevalt lõpetanud Riia Gümnaasiumi, astus F. Arneman Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1917. aastal. Õpingute ajal ülikoolis teenis endale ülalpidamist tundide andmisega ja muudel töödel.



Pärast ülikooli lõpetamist mobiliseeriti sõjaväkke ja teenis 70. Rjazani polgus kuni 1918. a. märtsikuuni. Sõjaväest demobiliseerimise järel asus tööle Siberis maaajoaskonna arstina, millisel kohal töötas kuni 1921. aastani. Kuni Suure Isamaasõja alguseni töötas F. Arneman arstina mitmetel ametikohtadel. 1941. aastal mobiliseeriti ta Nõukogude armeesse, kus teenis kuni 1943. aastani, mil ta kutsuti tööle Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaati statistika osakonda juhatajaks, kus ta töötas kuni surmani.

F. Arneman oli oma eriala tunnustatumaid spetsialiste, kes kogu jõu energia ja teadmistega süvenes nõukogude teadusliku meditsiinilise statistika põhjalikule tundmaõppimisele ja aitas sellega kaasa eeskujuliku meditsiini-statistika organiseerimisele vabariigis.

F. Arneman oli NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaarstatistika teaduslik-metoodilise keskkomisjoni liige, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse kolleegiumi liige, võttes aktiivselt osa ajakirja tööst.

Pikemat aega oli F. Arneman Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi sekretär.

Olles oma iseloomult tagasihoidlik, sõbralik ja abivalmis, oma töös äärmiselt täpne ja nõudlik nii iseenda kui ka alluvate suhtes saavutas F. Arneman kaastöötajate hulgas suure lugupidamise.

Eeskujuliku töö eest avaldati F. Arnemanile korduvalt tänu ja premeeriti teda nii NSV Liidu kui ka Eesti NSV Tervishoiu ministri poolt.

1945. aastal autasustati teda NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissari poolt rinnamärgiga «Eesrindlik tervishoiutöötaja» ja NSVL Ülemnõukogu presiidiumi poolt medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas», 1946. aastal autasustati teda medaliga «Võit Saksamaa üle» ning 1947. aastal omistati talle Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega «Eesti NSV teenelise arsti» austav nimetus.

Kõigile, kes tundsid Friedrich Arnemani, jääb kauaks meelde helge mälestus tagasihoidlikust, sihikindlast ja väsimatust töömehest.

Grupp seltsimehi.

SISUKORD

Arstiteaduse teooria ja praktika

- H. KADASTIK — Psühhoteraapiast 3
 J. SAARMA — Esimese ja teise signaalsüsteemi koostöö häiretest skisofreeniahaigetel 8
 H. JALVISTE — Vastsündinute arengust rasedate hilistoksikoosi puhul 12
 K. GROSS — Menstruatsioonitsükli muutustest struuma- ja türeotoksikoosahaigetel 18
 K. VÄIN — Joodreaktsiooni kasutamisest rasedusreaktsioonina 22
 I. FREIBERG — Kaasasündinud kaksteistsõrmiksoole sulguse operatiivsest ravist 23
 E. LAAMANN ja V. SÄRGAVA — Tümpaanoplastikast seoses keskkõrva radikaaloperatsiooniga 27
 E. TUNDER ja K. PÖDER — Naha vabaplastika meetodist alumiiniumplekist sõelaga fikseerimisel 33
 A. LUKAŠ — Neerude polütsüstosis 36
 V. VALDES — Kaasasündinud aordikitsuse stenoosis 38
 H. KAHN — Pliimürgistuse diagnostikast 42
 L. LEESMENT — Kutsehaiguste esinemisest Eesti NSV veterinaartöötajatel 46
 S. KÕIV — Laste ja noorukite infitseerumus tuberkuloosi Tallinnas 50
 K. AHHUNDOVA — Düsenteeribakterite ristuv resistentsus biomütsiini ja terramütsiini suhtes 54
 N. ELŠTEIN — Lambliooosi diagnoosimisest ja ravist 58
 A. ROOST — Apteekide retseptuuri standardiseerimisest 61

Kaadri ettevalmistamine

- I. MAAROOS — TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1960. a. 66
 M. SIKK — TRÜ arstiteaduskonna üliõpilaste võistlustöödest 1960. a. 67

Konverentsid ja nõupidamised

- A. LUTS — Üleliiduline konverents aero- ja hüdroaerioonisatsiooni küsimustes 69

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика медицины

- X. КАДАСТИК — О психотерапии 3
 Ю. СААРМА — О расстройствах совместной деятельности первой и второй сигнальных систем у больных шизофренией 8
 X. ЯЛВИСТЕ — О развитии новорожденных при позднем токсикозе беременных 12
 K. ГРОСС — Изменения менструального цикла у больных зубом и тиреотоксикозом 18
 K. ВЯЙН — Применение йодной реакции для определения беременности 22
 И. ФРЕЙБЕРГ — К оперативному лечению врожденной дуоденальной непроходимости 23
 Э. ЛААМАН и В. СЯРГАВА — О тимпанопластике в связи с радикальной операцией среднего уха. 27
 Э. ТЮНДЕР и К. ПЫДЕР — О методике свободной кожной пластики по методу толстого лоскута с фиксацией алюминиевой решеткой 33
 A. ЛУКАШ — О поликистозе почек 36
 B. ВАЛДЕС — О врожденном стенозе перешейки аорты 38
 X. КАХН — О диагностике свинцового отравления 42
 Л. ЛЕЕСМЕНТ — О профессиональных заболеваниях у ветеринарных работников Эстонской ССР 46
 C. КЫЙВ — Инфицированность туберкулезом детей и подростков в Tallinn 50
 K. АХУНДОВА — Перскрестная устойчивость к биомыцину и тетрациклину у дизентерийных бактерий 54
 H. ЭЛШТЕЙН — О диагностике и лечении лямблиоза 58
 A. РООСТ — О стандартизации рецептуры аптек 61

Подготовка кадров

- И. МААРООС — Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1960 г. 66
 M. СИКК — О призовых работах студентов медицинского факультета ТГУ в 1960 г. 67

Конференции и совещания

- A. ЛУТС — Всесоюзная конференция по вопросам аэро- и гидроаэроионизации

- | | | | |
|---|----|--|--|
| I. VELDRE — Üleliiduline teaduslik-tehniline nõupidamine veekogude sanitaarse kaitse küsimustes | 69 | И. ВЕЛДРЕ — Всесоюзное научно-техническое совещание по вопросам санитарной охраны водоемов | |
| R. UUETOA — Dermato-veneroloogide vabariiklik teaduslik-praktiline konverents | 70 | Р. УУЭТОА — Республиканская научно-практическая конференция дерматовенерологов | |
| H. PIHL — Nakkushaiguste konverentsilt Leningradis | 71 | Х. ПИХЛ — О конференции в Ленинграде по инфекционным заболеваниям | |
| I. FREIBERG — Eesti NSV kirurgide VII vabariiklik konverents | 72 | И. ФРЕЙБЕРГ — VII республиканская конференция хирургов Эстонской ССР | |
| V. SÄRGAVA — Eesti NSV otorinolaringoloogide konverentsilt | 73 | В. СЯРГАВА — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР | |
| H. PIHL — Vabariiklik sooltenakkuste konverents | 74 | Х. ПИХЛ — Республиканская конференция по кишечным инфекциям | |
| A. SARAP — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil | 75 | А. САРАП — На коллегии Минздрава Эстонской ССР | |

Tähtpäevad

- | | |
|--|----|
| J. TAMMEORG — Eesti NSV Teaduste Akadeemia tegevliige professor A. Tomingas 60-aastane | 76 |
|--|----|

Nekroloog

<u>FRIEDRICH ARNEMAN</u>	78
--------------------------	----

Юбилейные даты

- | | |
|--|--|
| Я. ТАММЕОРГ — 60-летие действительного члена АН Эстонской ССР профессора А. Томингас | |
|--|--|

Некролог

<u>ФРИДРИХ АРНЕМАН</u>	
------------------------	--

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegiumi

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (sekretär),
J. Saarma ja **A. Sarap.**

6
*November
Detsember*

3. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1960

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 17. X 1960. Trükkimisele antud 26. XI 1960. Trükiarv 2750. Paber 70×108 1/16. Trüki-
poognaid 5 + 0,5 + 1 kleebis. Formaadide 60×92 kohaldatud trükipoognaid 8,05. Arvutuspoognaid 9,05.
Tellimise nr. 9627. MB-05717.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19.

Hind 4 rubla, 1. jaanuarist 1961. a. — 40 kop.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafia- ja Õõstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

VALVEL TÖÖTAJATE TERVISE EEST

Nõukogude rahvas tähistas pidulikult ja rõõmsalt Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 43. aastapäeva.

Lühikese ajaga on Kommunistlik Partei viinud meie maa, sealhulgas ka Eesti liiduvabariigi maailma kõige täiuslikuma ja õiglasema ühiskonna ehitajate esiridadesse. NSV Liidu Ülemnõukogu V istungjärg võttis vastu otsuse maksude kaotamise kohta töolistelt ja teenistujatelt. Kõigi rahvamajandusharude tööliste ja teenistujate üleviimine lühendatud tööpäevale, elamuehituse tohutud mõõtmed, kaubanduse, hariduse, kultuuri ja tervishoiu kiire areng — kõiges selles väljendub eredalt partei ja valitsuse hoolitsus nõukogude rahva heaolu ja õnne eest.

Nõukogude Liidus on loodud laialdane meditsiinasutuste võrk, mis kindlustab elanikkonnale tasuta kvalifitseeritud arstiabi. Haiglavoodite arv on sõjajärgsete aastate jooksul suurenenud kahekordseks (76,2 10 000 elaniku kohta). Rööbiti riikliku ehitustegevusega ehitatakse meditsiinasutusi ka kolhooside initsiatiivil ja vahenditega.

Nõukogude Liidus töötab umbes 380 000 arsti ja 1 315 000 velskrit, ämmaemandat, farmatseuti ja meditsiiniõde. Arstikohtade arvu poolest, võrreldes elanike arvuga, on meie maa esimesel kohal maailmas. Likvideeritud on ohtlikud nakkushaigused koolera, katk, rõuged jt.

273 teaduslikus uurimisasutuses ja 79 kõrgemas meditsiinilises õppeasutuses töötab üle 30 000 teadusliku töötaja. Ravimite ja meditsiinilise sisseseade tootmine suurenes üksnes möödunud viisaastakul rohkem kui kolm korda.

Rahva materiaalse ja kultuurilise taseme tõus, elanikkonna kindlustamine tasuta kvalifitseeritud arstiabiga, arstiteaduse hoogne arenemine ja kehakultuuri massilisus — kõik see ei ole jätnud mõju avaldamata elanikkonna heaolule. Nõukogude võimu ajal on tunduvalt vähenenud elanikkonna haigestumine: üldine suremus on langenud rohkem kui neli korda, laste suremus peaaegu seitse korda. Inimese keskmine eluiga on pikenenud rohkem kui kaks korda.

Käesoleva aasta juulikuus tähistas meie vabariik oma kahekümmendat aastapäeva. Nõukogude rahvaste peres on Eesti NSV muutunud kõrgeltarenenud tööstusvabariigiks. Oktoobrirevolutsiooni 43. aastapäeva eel tootis vabariigi tööstus peaaegu 11 korda rohkem kui sõjaeelsetel, 1940. aastal. Möödunud aastane toodangu juurdekasv on sama suur kui 1940. aasta kogutoodang. Suure Oktoobri 43. aastapäevaks lasti käiku Balti soojuselektrijaama kolmas järk, võimsusega sada tuhat kilovatti.

On hoogustunud Nõukogude Eesti töötajate võitlus seitsme aasta plaani täitmise eest 5 aastaga.

Eredaks tõendiks meie riigi hoolitsusest töötajate eest on eelarve mahu suurenemine rahvamajanduse kõigis harudes. Eesti NSV riigieelarvest oli 1959. a. 42 protsenti ette nähtud sotsiaal-kultuurilistele üritustele, kusjuures kulud selleks otstarbeks olid üle 4 korra suuremad kui 1948. aastal.

Kahekümne aasta jooksul on Eesti NSV tervishoiu alal toimunud suured positiivsed nihked nii linnas kui maal. Juba 1950. aastaks, nõukogude võimu 10. aastapäevaks, olid sõja tagajärjed põhiliselt likvideeritud, milles etendasid tähtsat osa nõukogude võimu ajal loodud sanitaar-epidemioloogia jaamad (arvult 33). Voodikohtade arv ja arstlik kaader ületas 1950. a. sõjaeelse taseme, elanikkonna tervise üldnäitajad hakkasid paranema.

Hoolitsus vabariigi töötajate tervise eest kasvab iga aastaga, suureneb haiglate arv, täieneb nende sisseseade ja meditsiiniline aparatuur, tõuseb meditsiinkaadri kvalifikatsioon. Keskhariidusega meditsiinipersonali praegune arv (9026) on rohkem kui 6 korda suurem 1940. a. omast. 1960. a. on vabariigis 92,6 haiglavoodit 10 000 elaniku kohta (1955. a. — 84 ja 1940. a. — 48). Tunduvalt on paranenud ka sünnitus- ja günekoloogilise abi korraldus. Rajooni- ja maaajaoskonna-haiglates on avatud sünnitusosakonnad. Kui 1948. aastani anti maal statsionaarset sünnitusabi 65% ulatuses, siis 1954. a. osutati sünnitusabi statsionaaris 95—96% juhtudest. Tunduvalt on paranenud ka naiste nõuandlate töö. Nendele saavutustele vaatamata ei saa jätta mainimata, et rahuldava arstide arvu juures (praegu arste 2704, ilma hambaarstideta; 1940. a. — 874 arsti) on meil veel puudus eriala-arstidest. Rajoonihaiglates on veel vähe I ja II kategooria kirurge ja akušöör-günekolooge.

Sõja ja saksa fašistliku okupatsiooni järelmõjud peegeldusid sõjajärgsetel aastatel eriti laste tervisel. Olukord paranes alles 1950. aastaks. Selleks ajaks oli pediaatrie arv tunduvalt suurenenud ning laienenud rajoonihaiglate lasteosakondade võrk. Laste suremus hakkas pidevalt langema.

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» näeb ette arstiabi muutmist veel kättesaadavamaks elanikkonnale ja ravi-profülaktikaasutuste võrgu laiendamist. Meie vabariigi Ministrite Nõukogu on eraldanud täiendavaid assigneeringuid uute haiglate ehitamiseks. Juba seitseaastaku lõpuks on võimalik likvideerida peamised erinevused, mis esinevad veel linna- ja maaelanikkonna meditsiinilis-sanitaarsel teenindamisel.

Seitseaastaku jooksul rakendatakse laialdasi abinõusid arstide, velskrite ja ämmaemandate kvalifikatsiooni süstemaatiliseks tõstmiseks. Kaadri täiendamiseks on vabariigis olemas kõik võimalused, tuleb ainult ratsionaalselt kasutada kohalikke baase — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonda, Tallinna Vabariiklikku Haiglat jt. suuremaid asutusi. Ei ole kahtlust, et meie vabariigi meditsiinitöötajad annavad kõik oma jõu ja teadmised partei ja valitsuse poolt püstitatud ülesannete lahendamiseks.

VÕITLUS ENTERAALSE TOKSIKOOSIGA VARASES LAPSEEAS

A. VARES

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapediaater

Hoolitsus kõige nooremate kodanike elu ja tervise eest on Nõukogude riigi tähtsamaks ülesandeks. Selles on esmajärgulise tähtsusega võitlus haigestumise ja suremisega varases lapseas.

Paljude aastate jooksul põhjustasid laste surma eriti mao-soolehaigused. Seetõttu olid need pikemat aega pediaatrite ja infektsionistide tähelepanu keskpunktis. Viimasel ajal täheldatakse mõningat edu mao-soolehaiguste rasketesse vormidesse haigestumise vähendamisel, ja mis peaaasi, on saavutatud letaalsuse tunduv langus. Kuigi ägedad mao-soolehaigused pole laste suremuse põhjuste struktuuris enam esikohal, vajavad need endiselt tähelepanu. Seisab ees kõige tähtsam — saavutada, et need haigused ei lõpeks letaalselt.

Toksikoos kui haiguslik sündroom on väga sageli mitmesuguse etioloogiaga haigestumiste puhul lapse hukkumise otseseks põhjuseks. Ägeda toksikoosiga kulgevate haiguste hulgas on esikohal toksiline düspepsia, sellele järgnevad kolienteriidid ja salmonelloosid, batsillaarne düsentëeria ja vastsündinute nn. toksikoseptilised haigestumised.

Kaasaegse kliinilise biokeemia saavutused on võimaldanud avada varase lapsea toksikoosi arenemise patogeneetilisi mehhanisme. Suure panuse on andnud professor M. Maslovi kliinik toksikoosihäirete mao-sooletrakti funktsionaalse seisundi, ainevahetuse häirete, vere mitmesuguste elektrolüütide sisalduse dünaamika jt. küsimuste tundmaõppimisel. Professor M. Maslovile ei kuulu ainuüksi toksikoosivastaste ravimeetodite täiendamine, vaid ka nende meetodite laialdane propageerimine, mis etendas tähtsat osa letaalsuse vähendamisel toksikoosiga kaasnevate haiguste osas.

Vee- ja mineraalide-ainevahetuse muutused organismi dehüdratsiooni suunas, atsidoos ja vere koostise muutused on ühest küljest kesknärvisüsteemi reguleeriva funktsiooni häirete tagajärjeks, teisest küljest — nende nähtude progresseerumine soodustab kesksete reguleerivate mehhanismide patoloogia edasist arenemist kuni nende täieliku väljalülitumiseni.

Imikutel on äärmiselt pingeline vee-ainevahetus. On küllaldane, kui öelda, et 6-kuusel lapsel võtab ööpäevasest ainevahetusest osa 50% ekstratsellulaarvedelikust (750 ml 1500 milliliitrist), täiskasvanutel aga ainult 2 liitrit olemasolevast 14 liitrist ekstratsellulaarvedelikust, s. o. ainult $\frac{1}{7}$ osa.

Õeldust selgub, miks varaealised lapsed ei talu vee-ainevahetuse häireid dehüdratsiooni suunas. Kuid toksikoosi puhul kaotab lapse organism sageda vedela roojamise ja korduva oksendamise tagajärjel mitte ainult vett, vaid ka selliseid tähtsaid elektrolüüte nagu naatrium, kaalium ja kloriidid. Elektrolüütide kaoga aga kaasneb omakorda vereplasma vähenemine ja seega osutuvad kõik ainevahetuse liigid kaasa-

tõmmatuks patoloogilisesse protsessi. Veepuudus organismis põhjustab vere paksenemist ja vere ringvoolu aeglustumist, millega seoses väheneb hapniku transport kudedesse, aeglustuvad hapendumisprotsessid. Selle tagajärjel toimub ainevahetuse happeliste produktide (atsetoon, atseet-äädikhape ja püro-viinamarjahape) kogunemine.

Toksikocsi kliinilises pildis võib tinglikult eristada nelja staadiumi.

I staadiumi iseloomustab veebalansi häire, mis seisneb selles, et kõhulahtisuse ja oksendamisega kaotatud ekstratsellulaarvedelikku ja kloriide kompenseerib organism kaaliumirikka intratsellulaarvedeliku arvel. Esineb sage roojamine, oksendamine, kehakaalu kaotus, temperatuuri tõus, meteorism ja peaaegu koore talitluse erutus. Laps on teadvusel, reageerib läbivaatusele, kuid muutub väga rahutuks ja nutlikuks.

II staadium on väljendunud dehüdratsiooni staadium, kus ekstra- ja intratsellulaarvedeliku puuduse tagajärjel tekib organismi üldine vee-tustumine, vere paksenemine, kudede turgori järsk langus ja lõgeme sisselangemine. Peaaegu koore pärssumise tagajärjel häirub teadvus, tekib koorealuste keskuste mõningane pidurdus. Laps muutub loiuks, osavõtmatuks, mõnikord esinevad krampid.

Kui haigele ei osutata vajalikku abi, siis tekib kõhulahtisuse tagajärjel naatriumi, kaaliumi ja magneesiumiioonide edasine kadu ja leelisereservi vaegus. Rööbiti sellega tekib organismis maksa ja neerude funktsiooni häirumise tagajärjel happeliste produktide ja anorgaaniliste hapete kuhjumine. Toksikoos läheb üle kolmandasse faasi — väljendunud atsidoosi faasi.

III staadiumi iseloomustab kliiniliselt Kussmauli hingamine, koma-toosne seisund ja peaaegu koore täielik väljalülitumine. Jäsemete aeglased stereotüüpsed liigutused annavad tunnistustaju koorealuste piirkondade pärssumisest. Selles staadiumis arenevad oliguuria, albuminuuria, glüko-suuria ja atsetonuuria. Maks suureneb ja muutub valulikuks rasvinfilt-ratsiooni tagajärjel.

Eristatakse veel toksikoosi terminaalset, IV staadiumi, mida iseloomustab kesknärvisüsteemi funktsioonide täielik väljalülitumine, ainevahetuse sügav desorganiseerumine, kesknärvisüsteemi ja parenhüma-toossete elundite raskesti tagasipöörduvad muutused.

Toksikoosi järkude ja faaside tundmine on väga tähtis ravile patogeneetilise lähenemise mõttes. Olgugi et raviabinõude peamiseks eesmärgiks on kesknärvisüsteemi funktsioonide taastamine, tuleb siiski põhilised abinõud suunata vee- ning soolade-ainevahetuse ja happelis-leelise tasakaalu taastamisele, sest ilma organismi sisemise keskkonna normaliseerimiseta ei ole võimalik ka kesknärvisüsteemi mehhanismide ja teiste elulise tähtsusega elundite ja süsteemide taastamine.

Peale selle oleme varaealiste laste kliinikus sageli kokku puutunud parenteraalsete toksikoosidega pneumooniate, gripi, otoantriitide jt. puhul.

Peab tunnistama, et toksikoosihaige voodi juures on küsimuse lahendamise, millise haigusega on tegemist, väga raske ja mõnikord isegi võimatu. Kuid aeg ei oota, iga minut on kalliskas ja tuleb tegutseda viivitamatult.

Enteraalsete toksikooside puhul seisneb ratsionaalne ravi toksiliste produktide ja mikroobide toksiinide soolestikku kogunemise ja verre sattumise vältimises, patoloogiliste impulsside voolu likvideerimises, mis saavad kesknärvisüsteemi soolestiku interoretseptoritest, ja häiritud vee- ning soolade-ainevahetuse taastamises. Sellega kindlustatakse elundite ja süsteemide, eelkõige kesknärvisüsteemi funktsioonide korrapärasus.

Olemasoleva kirjanduse andmete üldistamise ja isiklike kogemuste põhjal püüame kindlaks määrata arsti tegevuse taktika toksikooside puhul ja anda hinnang mõnede raviabinõudele. Esimesena püüab arst

diferentsiaaldiagnostika abil selgusele jõuda, kas on tegemist enteraalse või parenteraalse toksikoosiga. Raskus seisneb selles, et enteraalse toksikoosi, eriti kroonilise düsenteeria puhul, võib esimesel etapil kõhulahtisus puududa, samal ajal kaasneb parenteraalse toksikoosiga tihti sage roojamine.

Selle raske küsimuse lahendamiseks oleme 10 aasta jooksul kõikidel toksikoosijuhtudel kasutanud ravi-diagnostilise võttena jämesoole loputamist kõrge puhastusklistiiri abil. See lihtne ja igas olukorras kättesaadav protseduur võimaldab kiiresti mitmete tähtsate küsimuste lahendamist. Esiteks, kui toksikoos algas kõhulahtisusega, loputusvesi aga on tüüpilise düsenteeriariooja taoline; on diagnoos selge. Rõõbiti sellega osutub kõrge puhastusklistiir kõige täiuslikumaks meetodiks jämesoole puhastamisel patoloogilistest roojamassidest, mikroobidest ja mikroobide toksiinidest, millega seoses väheneb ajutiselt toksiliste produktide imendumine ja patoloogiliste impulsside vool ja saavutatakse tähelepannev desintoksikatsiooni efekt. Kõik, kes on seda meetodit rakendanud, on võinud veenduda selle soodsas mõjus. On olnud juhte, kus raske toksikoosiga laps pärast kõrget puhastusklistiiri rahuneb ja tuleb isegi teadvusele. Kuid peab meeles pidama, et see efekt on ajutine ja seda momenti tuleb kasutada ettevalmistuste tegemiseks patogeneetilise ravi teiste meetodite rakendamiseks. Pärast jämesoole kõrget loputust kasutame vajaduse korral sama otsikut antibiootikumide vahetuks viimiseks jämesoolde (nende peroraalne manustamine on raskendatud sagedase oksendamise tõttu).

Seedetrakti puhastamise järel rakendatakse nn. teedieeti. Fermenttiivse funktsiooni ja seedeprotsesside häirumise tagajärjel toimub toksikoosi puhul seedetraktis toksiliste produktide kogunemine, samaaegselt muutub peensoole normaalne mikroobne peisaaž graamnegatiivsete, peamiselt soolekepikeste rühma kuuluvate bakterite suunas.

Mao-sooletrakti vabastamine koormusest teedieedi abil soodustab normaalse mikrofloora taastumist peensooles. Teisest küljest soodustab teedieet organismi rehüdratatsiooni, mõjub positiivselt ainevahetusele, mille tõttu laps võib pikema aja jooksul nälga kannatada. Suu kaudu viidav vedelik scodustab organismi desintoksikatsiooni, suurendades diureesi, higistamist, vee auramist naha ning kopsude kaudu ja aidates seega kaasa kehatemperatuuri alanemisele. Teedieet võimaldab kõige mitmekesisemaid vedelike kombinatsioone: hariliku suhkru, glükoosi või sahharriiniga magustatud tee, magustatud tee füsioloogilise või Ringeri lahusega, porgandikeeduleem jne. Mõned autorid soovivad viigimarja- või rosinakeeduleent, mis on eriti leeliserikkad ja sisaldavad kaaliumisooli. M. Maslov soovib peroraalselt manustada Ringeri lahust pooleks 5%-lise glükoosilahusega väikestes portsjonites iga 15—30 minuti järel. Teedieedi kestus sõltub toksikoosi raskusest ja võib kõikuda 24—48 tunni piirides.

Järgmiseks väga tähtsaks ja otsustavaks abinõuks võitluses toksikoosiga on vee- ja soolade-ainevahetuse taastamine diferentseeritud soolalahuste tilkniristamise teel. Toksikoosi esimeses staadiumis soovitatakse häiritud veebalansi taastamiseks lahust nr. 1.

Toksikoosi teises faasis, kui on tegemist organismi väljendunud dehüdratatsiooni ja algava atsidoosiga, soovitatakse lahuse nr. 2 tilkniristust. Toksikoosi kolmandas, samuti terminaales faasis soovitatakse tarvitada lahust nr. 3, mis on rikas aluste ja kaaliumisoolade poolest. Selle lahuse valmistamine on seotud teatud raskustega ja vere kaaliumitaseme süstemaatilise biokeemilise kontrolli puudumine võib selle tarvitamisel ohustada haige tervislikku seisundit kaaliumisoolade üledoseerimise tõttu. Seetõttu ei ole see lahus leidnud praktikas laiemat kasutamist. Paremini on kõikide toksikoosifaaside puhul rakendada lahust nr. 2.

Diferentseeritud lahuste tilkniristamist tuleb teostada kuni ägeda toksilise sündroomi täieliku likvideerimiseni, milleks tavaliselt kulub 1—2 ööpäeva, üksikudel juhtudel vähem või rohkem.

Vedelikkude parenteraalseks tilkniristamiseks on palju meetodeid. Laialdaselt on levinud tilkniristamine nahaalusi ja veenisisesi.

Nahaalune tilkniristamine on lihtsam ja kättesaadavam, ja tavaliselt annab see raviefekti toksikoosi esimese faasi puhul. Toksikoosi raskematel juhtudel tuleb rakendada keerukamat, kuid samal ajal efektiivsemat meetodit — tilkniristamist veenisisesi. Seda on väikesel lapsel veeni punkteerimise abil raske teostada. Sagedamini teostatakse veeni setseerimist. Seepärast peaksid igas haiglas peale kirurgide ka pediaatrid tundma veeni setseerimise tehnikat. Sisseviidava vedelikuhulga määramisel tuleb lähtuda arvestusest 150—180 ml lapse kehakaalu 1 kilogrammi kohta ööpäevas. Pärast toksikoosi ägedate nähtude likvideerimist lõpetatakse vedelike tilkniristus ja lapsele määratakse doseeritud toitmine väljalüpsitud rinnapiimaga ä 10 ml 10 korda päevas sellele järgneva rinnapiima hulga suurendamisega iga päev 100 ml võrra. Puuduv vedelikuhulk antakse suu kaudu 5% -lise glükoosi- või Ringeri lahusega, riisi- või porgandikeeduleemena.

Düsenteeriaga toksikoosihaigete laste täisväärtuslikule toidule kiirema üleviimise võimalused ei ole veel lahendatud. On viiteid, et kiire üleminek täisväärtuslikule toidule võib viia organismi edasisele demineraliseerimisele ja kaalium-elektrolüüdi kaole koos sageda ja rohke roojamisega.

Peab arvama, et toksilise düsenteeria puhul tuleb dieeti läbi viia sama skeemi järgi kui toksilise düspepsia puhul, üleminekutoitmise tähtaegade mõningase lühendamisega. Veenisisesete tilkniristuste kestust võib samuti real juhtudel, sõltuvalt kliinilise pildi dünaamikast, lühendada 6—8 tunnile.

Teedieedi algul soovivad paljud autorid teostada maoloputust. Meie arvates on maoloputus soolesisu leidumisel oksemassides absoluutselt näidustatud, kusjuures kloriidide vaeguse vähendamise eesmärgil organismis on parem loputusvedelikuna tarvitada füsioloogilist või Ringeri lahust.

Lahtistite kasutamisel toksikooside puhul on pikk ajalugu. Lahtistitena rakendatakse riitsinusõli ja soollahtistite nõrku lahuseid. Selles küsimuses oleme eitaval seisukohal esiteks sellepärast, et väljendunud oksendamissündroomi korral on suu kaudu lahtistite andmine raskendatud ja see võib muutuda haigust raskendavaks teguriks, teiseks — iga lahtisti osutub teatud määral mao-sooletrakti limaskestast täiendavaks ärritajaks. Peale selle on raske arvestada lahtistite füsioloogilist toimet soolestiku motoorse funktsiooni puhul, mis reeglina esineb väljendunud toksikoosi korral.

Selliste narkootiliste vahendite kasutamine nagu morfiin, pantopoon, omnopoon, promedool jt. on toksikoosi patogeneesi kaasaegse ettekujutuse juures absoluutselt vastunäidustatud, sest mainitud preparaadid pärsivad terve rea peaaegu eluliselt tähtsate keskuste talitlust, halvendades selletagi häiritud kesksete reguleerivate mehhanismide funktsioone.

Samuti suhtume negatiivselt sääraste vahendite tarvitamisesse nagu kloraalhüdraat, sest arvame, et motoorsest erutusest tuleb vabandada organismi desintoksikatsiooni teel, aga mitte kesknärvisüsteemi pärssimise arvel.

Viimasel ajal on toksikooside puhul hakatud kasutama steroidseid hormoone, kuid veenvaid andmeid nende preparaatide soodsa toime kohta toksilisele sündroomile praegu veel ei ole.

Viimastel aastatel on vegetatiivse närvisüsteemi funktsiooni reguleerimiseks toksikoosi puhul hakatud kasutama uut neuropleegikumide

rühma kuuluvat ravimpreparaati aminasiini (sünonüümid — largaktil, megafeen, hübernaal).

Aminasiinipreparaat omab nähtavasti ainult sümptomaatilist oksendamisvastast toimet, kuid samal ajal vähendab diureesi ja tugevdab meteorismi nähte, mistõttu selle rakendamisega tuleb olla tagasihoidlik.

О БОРЬБЕ С ЭНТЕРАЛЬНЫМИ ТОКСИКОЗАМИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

A. Вapес

Резюме

Первичные и вторичные токсикозы занимают важное место в клинике острых желудочно-кишечных заболеваний у детей раннего возраста и играют решающую роль в исходах этих заболеваний.

Успехи современной клинической биохимии позволили глубоко вскрыть ведущую роль нарушения водно-солевого и белкового обмена в патогенезе токсикозов раннего детского возраста и разработать эффективные методы патогенетической терапии.

Широкое применение капельных вливаний дифференцированных солевых растворов по М. С. Маслову в комплексе с применением антибиотиков обеспечили резкое снижение летальности при всех острых желудочно-кишечных заболеваниях у детей грудного возраста, которая в лучших детских стационарах практически сведена к нулю. Из всех способов капельного введения жидкостей наиболее простым и доступным является подкожный, а более сложным, но зато более эффективным остается внутривенный метод. Все другие способы, в том числе внутрикостный, себя не оправдали.

Применение наркотиков группы А в борьбе с токсикозом теоретически необосновано и не должно иметь места.

При энтеральных токсикозах, сопутствующих дизентерии и колитам другой этиологии, на практике очень эффективным дополнительным методом оказалось промывание толстого кишечника с последующим введением антибиотиков. Вопрос о роли стероидных гормонов и аминазина в борьбе с токсикозом требует дальнейшего изучения.

LASTE SUREMUSE VÄHENDAMISEST TARTUS

L. KERES

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *L. Keres*)

Laste suremus Tartu linnas on pärast Teist maailmasõda tunduvalt langenud (tabel 1). Kõige enam on langenud imikute suremus pärast sünnitusmajast lahkumist, kõige vähem aga vastsündinute suremus sünnitusmajas oleku ajal.

Tabel 1

Iga	Imikute suremus 100 elusalt sündinu kohta		Suremus languse kordades
	1946. a.	1959. a.	
Vastsündinute suremus sünnitusmajas	1,8	0,9	2
Imikute suremus pärast sünnitusmajast lahkumist	13,2	1,2	11
Kokku suremus 1. eluaastal	15,0	2,1	7
1—14 a. laste suremus	0,17 (1951. a.)	0,06	3

Üldiselt, mida noorem on laps, seda suurem on suremus. Seoses imikute suremise järsu langusega perioodil, mil nad olid juba sünnitusmajast lahkunud (11 korda), ja tunduvalt väiksema langusega vast-sündinu-eas (2 korda) moodustab viimaseil aastail vastsündinute suremus hoopis suurema osa laste suremusest esimese eluaasta jooksul kui sõjajärgseil aastail. Aastail 1958—1959 moodustasid surmajuhud sünnitusmajas 34%, surmajuhud esimesel eluaastal pärast sünnitusmajast lahkumist 36% ja 1—14-aastaste laste surmajuhud ainult 30% kõigist alla 15 a. vanuste laste surmajuhtudest. Seega moodustasid esimesel eluaastal esinenud surmajuhud 70% laste üldisest suremusest, kusjuures esimestel elunädalatel suri peaaegu niisama palju kui kogu järgneva 11,5 kuu kestel kokku. Niisiis tuleb laste suremuse vähendamiseks erilist tähelepanu pöörata vastsündinutele.

Vaadeldes alla 1 a. vanuste laste suremust Tartus 40 aasta kestel näeme, et see on tunduvalt langenud. 1919. a. oli Tartu linnas imikute suremus 18,7%, enne Teist maailmasõda (1939. a.) 6,0%. Sõjajärgselt imikute suremus tõusis kuni 15,0%-ni. Sõjaeelne tase saavutati 1949. aastaks ja viimaseil aastail on imikute suremus Tartu linnas ligi 3 korda madalam sõjaeelsete aastate andmeist (1959. a. 2,1%).

Kerkib küsimus, kas ja kuidas on võimalik laste suremust veelgi vähendada, kas on ammendavalt ära kasutatud kõik tänapäeva arstiteaduse ja nõukoguliku tervishoiusüsteemi poolt loodud võimalused.

Küsimuse lahendamiseks analüüsiti kõik surmajuhud Tartu linnas elanud laste hulgas viimase viie aasta (1955—1959) kestel. Surmajuhud jaotati retrospektiivsel hindamisel vältimatuteks ja välditavateks (tabel 2); samuti uuriti, mis ajal ja kuidas oleks saanud esinenud surmajuhtu vältida. Nõukogulik tervishoiuorganisatsioon annab meile laste tervise kaitsmiseks suured võimalused. Selgitati, mis põhjusel olemasolevaid konkreetseid võimalusi ei realiseeritud.

Vältimatuks loeti lapse surm siis, kui esines haigus, mille efektset ravi ega tõhusat profülaktikat ei tunta. Nende haiguste hulka kuuluvad aplastiline aneemia, leukoosid, lümfogranulomatoos, lümfosarkoomid ja paljud teised pahaloomulised kasvaja. Selliste haiguste puhul saadakse uute raviviiside kasutamisel mõnel juhul küll häid remissioone, kuid mõne aja pärast paratamatult ikkagi kõik lapsed surevad. Sellised 100%-lise letaalsusega haigused moodustasid ainult 5% laste surma põhjustest; sagedamini esinesid need 1—14 a. vanustel lastel (17%).

Pediaatrie töö aspektist olid vältimatud ka suur osa vastsündinute surmajuhtudest. Vastsündinute surma põhjusteks uuritaval ajavahemikul Tartu linnas olid 93% juhtudest peamiselt antenataalselt ja intranataalselt esinenud kahjustused: surmaga lõppenud juhtudel esines enneaegsus 41%, sünnitrauma 29%, raske väärtareng 16%, vastsündinu hemolüütiline tõbi 4% ja kongenitaalne verehaigus 4%. Ainult 7% vastsündinute surmajuhtudest olid sellised, kus lapsed olid sündinud ajalistena ja täiesti tervetena, kuid haigestusid postnataalselt saadud kahjustuse toimele ja surid selle tagajärjel (peamiselt kopsupõletiku tõttu). Tabelis 2 on vastsündinute surmajuhud jaotatud vältimatuteks ja välditavateks pediaatri töö aspektist. Enneaegsete surmajuhtudest on loetud vältimatuteks need, kus vastsündinu suri juba esimesel elupäeval või tal esines koljusisene verevaland (24%).

Ante- ja intranataalsete kahjustuste suurt osatähtsust vastsündinute patoloogia kujunemisel näitab ka asjaolu, et ligi pooltel vastsündinute surmajuhtudest suri laps juba esimesel elupäeval ja ainult $\frac{1}{3}$ juhtudest 3 või enam päeva järel. Seega pediaatri töö aspektist oli vastsündinu surm vältimatu 69% surmajuhtudest. Osal neist oleks aga tõenäoliselt saanud surma vältida akušöörid (kongenitaalse patoloogia ja enneaegsuse profülaktika, lapse sünnitraumade vähendamine).

Imikute suremuses (pärast sünnitusmajast lahkumist) moodustavad vältimatud juhud ainult 12% kõikidest surmajuhtudest. Siia kuuluvad raskete väärengutega lapsed (südamerike, neerude hüpoplaasia, meningoentsefalotseele jne.).

1—14-aastastel esines vältimatuid surmajuhte 21%; selles eas esines kõige sagedamini 100%-lise letaalsusega verehaigusi ja pahaloomulisi kasvaja (17%).

Tabel 2

Laste surma põhjused Tartus aastail 1955—1959

Surma põhjus	Tartu Linna Sünnitusmajas		Imikueas pärast sünnitusmajast lahkumist		Vanuses 1—14. a.		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%
I. Vältimatud surmajuhtud								
1) 100%-lise letaalsusega haigus (ieukoos, aplastiline aneemia, pahaloomuline kasvaja jt.)	—	—	—	—	8	17	8	5
2) Raske vääreng	9	16	7	12	2	4	18	11
3) Enneaegsus (kusjuures laps suri 1. elupäeval või ajuverevalandi tõttu)	13	24	—	—	—	—	13	8
4) Sünnitrauma	16	29	—	—	—	—	16	10
Kokku vältimatuid surmajuhte	38	69	7	12	10	21	55	34
II. Välditavad surmajuhtud								
1) Sooleinfektsioonid	—	—	19	33	2	4	21	13
2) Kopsupõletik	4	7	16	28	4	8	24	15
3) Enneaegsus ja haigus	9	17	—	—	—	—	9	6
4) Muud välditavad surmajuhtud	—	—	6	10	13	27	19	12
5) Õnnetusjuhtud	4	7	10	17	19	40	33	20
Kokku välditavaid surmajuhte	17	31	51	88	38	79	106	66
Kokku	55	100	58	100	48	100	161	100

Eeltoodud analüüs näitab, et tänapäeva arstiteaduse taseme juures on teoreetiliselt võimalik ideaalse laste hooldamise ja pediaatrilise teenindamisega vähendada vastsündinute suremust 31%, imikute suremust pärast sünnitusmajast lahkumist 88% ja 1—14 a. vanuste laste suremust 79% võrra. Peale selle on võimalusi vastsündinute suremuse alandamiseks antenataalse profülaktikaga ja sünnitrauma vähendamisega.

Välditavatest surmajuhtudest moodustasid kõige suurema grupi infektsioonid. Neist kõige sagedamini esinesid sooleinfektsioonid (peamiselt düsenteeria) ja viirusliku etioloogiaga kopsupõletik. Tuberkuloosi tagajärjel ei surnud 1955.—1959. a. Tartu linna lastest ühtegi.

Imikueas olid kõige sagedasemateks surma põhjusteks sooleinfektsioonid (33%). See näitab mõnede lastevanemate sanitaarkultuuri madalat taset. Imiku liikumisraadius on ju väike, kui ta nakatub, siis on talle

pisikuid koju toodud. Meie tervishoiuorganisatsiooni nõuete kohaselt külastab patronaaziõde aga imikut aastas vähemalt 15 korda ja arst vaatab lapse läbi vähemalt 6 korda. Nende 21 külastuse raamides on võimalik profülaktikat veelgi tugevdada.

Emade sanitaarhariduslik väljaõpe peaks teostuma koordineeritult, kindla programmi kohaselt; see peab algama naiste nõuandlas, jätkuma sünnitusmajas ja laste nõuandlas. Kui ema lahkub vastsündinuga sünnitusmajast, peaks ta olema varustatud teadmistega võitlemiseks oma pisilapse elu eest. Peamiseks profülaktiliseks võtteks sooleinfektsioonide ja viiruslike hingamiseldite haiguste vältimisel on lapse kaitsmine tõestavate pisikute eest (nimetatud haiguste vastu ei ole olemas tõhusaid aktiivse immuniseerimise võtteid).

Välkkiirelt kulgevate ja juba esimestel haiguspäevadel surmaga lõppevate infektsioonide puhul (toksiiline düsenteeria, toksiiline grippoosne kopsupõletik, äge entsefaliit jne.) ei anna sageli ka õigeaegne ravi tulemusi; lapse nakatumist oleks aga saanud vältida. Selliseid välkkiire surma juhte esines imikueas 9% ja 1—14 a. vanustel lastel 8% kõikidest surmajuhtudest.

Arstile täiesti lubamatu on lugeda paratamatuks lapse surma õnnetusjuhu tagajärjel. Õnnetusjuhud moodustasid Tartus 12% kõigist laste surmajuhtudest (tabel 2); eriti sageli oli see surma põhjuseks 1—14-aastastel lastel (27%). Lapse surm õnnetusjuhu tagajärjel näitab ka seda, et sanitaarselgitustöö on olnud puudulik. 5—15-aastaste lastega juhtuvate õnnetuste vähendamiseks tuleb taotleda, et kõik lapsed õpiksid ujuma ja oleksid teadlikud uppumisohust, sest uppumine oli 15% (!) 1—14-aastaste laste surma põhjuseks.

Imikueas oli 69% ja 1—14 a. vanuses 44% surmajuhtudest põhjustatud haigustest, mis on ravitavad, ei esinenud ka välkkiiret vormi, kuid ravi ei andnud tulemusi. $\frac{2}{3}$ selliste haiguste tagajärjel surnud lastest oli bioloogiline toonus langenud juba enne surma põhjustanud haiguse kujunemist rahhiidi, hüpotroofia, väära toitumise, korduvate põdemiste jne. tagajärjel. Võib oletada, et osa neist lastest oleks saanud päästa, kui nende vastupanuvõime enne haigestumist oleks olnud suurem.

Eeltoodud andmeist näeme, et laste suremuse vähendamiseks on veel väga suuri võimalusi profülaktilise töö tõhustamise teel.

Analüüsides surmaga lõppenud haiguste ravimist lastel võib öelda, et haigusjuhu raskuse õige hindamine on valmistanud pediaatritele suuremaid raskusi kui õige diagnoosimine. Esimestel haiguspäevadel, mil puudusid veel ilmsed kliinilised nähud, ei pandud kohe kindlat diagnoosi, vaid püstitati mitu hüpoteesi. Vastavalt sellele määrati koheselt ka ravi kõigi eluohtlike diagnoosivõimaluste suunas. Selline polüpragmaasia lahtise diagnoosiga raskete haigete puhul on end täiesti õigustanud, kuna sellega väldime ohtlike haiguste ravi hilinemist. 1956.—1959. a. olnud surmajuhtude analüüsi põhjal võib öelda, et põhiline ravi hilines diagnoosimise raskuse tõttu 5% juhtudest ja hilise arsti poole pöördumise tõttu 4% juhtudest (peamiselt sooleinfektsioonide puhul).

Surmajuhtude retrospektiivsel hindamisel tuldi korduvalt otsusele, et ravi alustamisel alahinnati haiguse raskust ja ohtlikkust. Antibakteriaalne ravi oli küllaldane, kuid üldravi oleks võinud juba haigestumise algul olla aktiivsem (plasmaülekaned, gammaglobuliini süstimised, parenteraalne toitmine jne.). Peab arvestama, et üldtugevdava ravi intensiivsem kasutamine ei kahjusta last, selle puudulik rakendamine võib aga olla määrav haiguse ebasoodsa lõppe kujunemisel. Osal juhtudest oleks võinud olla aktiivsem ka patogeeni ravi. Enteraalse toksikoosi puhul oleks pidanud osal juhtudel enam kasutama diferentseeritult soolalahuste infusioone ja plasmaülekaned. Kopsupõletikuga hai-

getel peaks juba I astme hingamisinsufitsientsi puhul rakendama intensiivset hapnikravi, et vältida neuroregulatsiooni häireid ja müokardi ning maksa väärustumist hüpoksia tagajärjel.

Eeltoodud analüüsi põhjal võib öelda, et laste meditsiinilise teenindamise tõhustamisega on võimalik laste suremust Tartus veelgi vähendada; ei ole ebareaalne viia imikute suremus Tartus lähematel aastatel 1,0—1,5-ni.

J ä r e l d u s e d

1. Tartu linnas on võimalik alla 15 a. vanuste laste suremust vähendada üldiselt $\frac{2}{3}$ võrra. Peamiseks võimaluseks laste suremuse vähendamisel on profülaktiliste võtete süvendamine.

2. Vastsündinute suremuse vähendamiseks tuleb senisest enam tähelepanu pöörata kongenitaalsete väärearengute, infektsioonide ja enneaegsuse vältimisele ja sünnitrauma vähendamisele.

3. Laste suremuse vähendamiseks on vaja tunduvalt tõsta lastevanemate teadmisi lapse hügieenist, nakkushaiguste ja õnnetusjuhtude vältimisest.

4. Emade sanitaarhariduslik väljaõpe peab toimuma naiste nõuandla, sünnitusmaja ja laste nõuandla poolt koordineeritult, kindla programmi kohaselt.

5. Ravi määramisel tuleb enam tähelepanu pöörata haiguse raskuse ja ohtlikkuse õigele hindamisele.

6. Ravitöö osas tuleb senisest enam tähelepanu pöörata patogeneetilisele ravile (eriti enteraalse toksikoosi ja hingamisinsufitsientsi puhul) ning üldtugevdavale ravile.

О СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ В Г. ТАРТУ

Л. Керес

Р е з ю м е

Смертность детей до 15-летнего возраста в городе Тарту markedly снизилась после второй мировой войны. Больше всего она снизилась в первом году жизни.

В 1959 году смертность детей в первом году жизни была в городе Тарту 2,1, т. е. почти в 3 раза ниже довоенного уровня (в 1939 г. — 6,0). Анализируя все смертные случаи детей до 15-летнего возраста в г. Тарту (1955—1959 гг.) с точки зрения возможности их предотвращения, выяснилось, что при идеальной профилактике и лечении теоретически возможно снизить смертность этой возрастной группы детей еще на 66%: смертность новорожденных — на 31%, смертность в первом году жизни (после выписки из роддома) — на 88% и смертность детей в возрасте от 1 года до 14 лет — на 79%.

Наибольшее снижение детской смертности можно достичь при улучшении профилактических мероприятий. В отношении новорожденных необходимо больше внимания уделять профилактике врожденных аномалий, внутриутробных инфекций и недоношенности, а также снижению родовой травмы. Весьма важным при этом является повышение знаний родителей в вопросах гигиены ребенка, предотвращения заразных болезней и несчастных случаев. Санитарное обучение матерей в женской и детской консультациях и в родильном доме должно проводиться координированно, по определенной программе.

В лечебной работе необходимо больше обращать внимание на общеукрепляющее и патогенетическое лечение (особенно при энтеральном токсикозе и дыхательной недостаточности).

С увеличением профилактических и лечебных мероприятий явится возможность в дальнейшем еще более снизить детскую смертность в г. Тарту. Вполне реальным является доведение ее до 1,5—1,0.

LASTE NEERUTUUMORITE HILISE DIAGNOOSIMISE PÕHJUSTEST

S. TAMM

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediatraia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent L. Keres, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst H. Kääri)

Pahaloomulisi kasvajaid esineb lastel tunduvalt harvem kui täiskasvanuil. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas esines aastail 1948—1959 pahaloomulisi kasvajaid 0,16% haigetest, s. o. igast 300 haigest oli üks pahaloomulise kasvajaga. Tartu linna laste suremuses moodustasid tuumorid samal ajavahemikul 8% kõikidest 1—15 a. vanuste laste surma põhjustest. Mõned autorid [E. Paterson (7), P. Kolle (6)] on täheldanud pahaloomuliste kasvajate sageduse (absoluutarvudes) tõusu viimasel ajal. Vaadeldaval ajavahemikul Tartus pahaloomuliste kasvajate esinemissagedus absoluutarvudes suurenenud ei ole, aasta-aastalt aga tõuseb pahaloomuliste kasvajate osatähtsus laste surma põhjusena, sest teistesse haigustesse haigestunud laste suremus väheneb.

Pahaloomulistest kasvajatest esinevad lastel kõige sagedamini neeruja ajutuumorid [E. Paterson (7), P. Kolle (6), K. Moskatševa (2)]. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas 1948.—1959. a. ravil viibinud 23 lapsest pahaloomulise tuumoriga esines neerutuumor 5 lapsel, mis moodustab 22% tuumorite üldarvust (vt. tabel). Tartu linnas olevate haiglate kirurgia osakondadesse ei olnud otseselt suunatud ühtegi neerutuumoriga haiget. Seega toodud neerutuumorite juhud hõlmavad kõiki Tartus avastatud neerutuumorite juhte mainitud ajavahemikus.

Pahaloomuliste tuumoritega haigete esinemine Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas 1948.—1959. a.

Tuumori liik	Juhtude arv
Neeru adenosarkoom ja sarkoom	3
Neeru pahaloomuline tuumor (histoloogiline uuring puudub).	2
Koljusisene tuumor	5
Maksa sarkoom	2
Mediastinaalne lümfosarkoom	2
Sakro-koktsügaalpiirkonna teratoom	2
Seminoom	1
Tüümoom	1
Peritoneumi sarkoom	1
Neerupcalise sarkoom	1
Selgitamata päritoluga kõhuõõne tuumor	3
Kokku	23

Viiest avastatud neerutuumoriga haigest olid 4 last alla 4 aasta vanused (kõige noorem 1 a. 2 k.) ja üks laps 9-aastane. Seega esines meil neerutuumor peamiselt 1—3-aastastel lastel. Neerutuumoriga haigeist olid 4 poeglaps ja 1 tütarlaps.

Histoloogiliselt ehituselt esines kahel lapsel adenosarkoom e. Wilms'i segakasvaja, mis on väikelastel üldiselt kõige sagedasemaks neerutuumoriks, ja ühel sarkoom (*sarcoma globocellulare*). Kahel juhul oli tuumor opereerimatu, kusjuures tuumorite histoloogilist uurimist ei teostatud. Lokalisatsioonilt esines 4 lapsel vasakpoolne ja ainult ühel parempoolne neerutuumor.

Kõik haiged saabusid haiglasse hilinenult ja ebaõigete saatediagnoosidega (*cystitis*, *bronchadenitis tuberculosa*, *tumor abdominis*? ja kahel juhul — *nephritis acuta*).

Vaatluse all olnud lastest teostati operatiivne ravi kolmel, kes kõik surid pärast operatsiooni kolme kuu jooksul. Kahel juhul peeti tuumorit opereerimatuks ja ravi ei rakendatud. Kõik neerutuumoriga haiged surid, s. t. letaalsus oli 100%.

Kirjanduse andmeil [E. Paterson (7), P. Kolle (6), K. Moskatševa (2), J. M. Smellie (8), S. Slutskaja (3), L. Caussade (5)] on laste neerutuumorite kombineeritud ravi osal juhtudel olnud efektiivne. Esitatud kirjanduse andmeil on pärast operatsiooni kompleksravijärgselt üle 2 a. elanud laste arv tõusnud 30—49%-ni. E. Patersoni (7) andmeil on ravi alused pärast kombineeritud ravi lapseas elanud isegi üle 21 aasta. Võib arvata, et tänapäeva edusammud tuumorite kemoterapia alal tõstavad veelgi laste neerutuumorite ravi efektiivsust [L. Larionov (1)].

Ravi tulemused olenevad eelkõige tuumori varajasesst avastamisest. Suur ülesanne on siin jaoskonnaarstidel ja pediaatritel. Varajase diagnoosimise raskuseks on neerutuumori sümptoomidevaene ja varjatud algus. Sageli on tuumor kasvanud juba väga suurte mõõtmeteni, enne kui see diagnoositakse.

Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse hospitaliseeritud neerutuumoriga lastel oli haiguse anamnees 4 juhul ainult 1—2 kuud, ühel lapsel esines pikemat aega kestnud kõikuv palavik. 3 lapsel oli esimeseks sümptoomiks makrohematuuria, mille ema juhuslikult avastas. Ühel lapsel esines järsk temperatuuri tõus, mistõttu lapse seisundile pöörati enam tähelepanu, siis märkas ema esmakordselt, et lapsel on «kõht väga suur ja kõva». Ühel 9 a. vanusel lapsel olid esimeseks tunnuseks kõhualvad, mispuhul ta komplemisel ise (!) tundis kõva tükki vasakul pool kõhus.

Neerutuumori tekkimisel avalduvad esimestena intoksikatsiooninähtud (apaatsus, isutus, virilus, settereaktsiooni tõus, temperatuuri kõrgenemine) ja vererõhu tõus, hiljem lokaalsümptoomid (hematuuria, valud, tuumori esinemine kõhukoopas). Intoksikatsiooninähtud võivad haiguse algul olla ilmsed, kuid võivad ka puududa. Tavaliseks veaks on, et intoksikatsiooninähtudega haigete uurimisel püstitatakse diagnoosi hüpoteesidena tuberkuloosne intoksikatsioon, helmintoos, tonsillogeenne intoksikatsioon, reuma, liigväsimus jm., ei mõelda aga pahaloomulisele tuumorile. Meie juhtudest olid ühel lapsel intoksikatsiooninähtud kestnud üle aasta, kuid ema ei pöördunud tähelepanematuses arsti poole. Neljal juhul aga ei esinenud vanematele märgatavaid intoksikatsiooninähte varem kui viimase 1—2 kuu jooksul.

Peab arvestama, et varaealistel lastel võivad tuumorist tingitud intoksikatsiooni puhul tekkida ka gastrointestinaalsed häired: kõhulahtisus, oksendamine. Näiteks meie kliinikus ravil viibinud 1 a. 2 k. vanal lapsel S. E. esines 3 nädala jooksul kõhulahtisus, mis ravile ei allunud. Neerutuumori operatsiooni järgselt normaliseerus kõhutegevus.

Kõigil meie kliinikus viibinud lastel esines temperatuuri kõrgenemine. Ühel lapsel, kel tuumor diagnoositi 1 a. 2 k. vanuselt, esines sageli kogu esimese eluaasta jooksul näilise põhjuseta palavik, ning alles siis, kui ema märkas uriinis verd, suunati laps tsüstiidi diagnoosiga haiglasse. Sel juhul ei arvestatud üldist reeglit: kui lapsel esineb monosümptoomina temperatuuri kõrgenemine, tuleb alati mõelda varjatud piirkonnas olevale pahaloomulisele tuumorile, sealhulgas ka neerutuumorile.

Kiirenenud punaliblede settereaktsioon esines kõigil neerutuumoriga haigetel, kõikides 25—46 mm 1 t. jooksul. Seega tuleb kiirenenud settereaktsiooni puhul põletikuliste protsesside kõrval mõelda ka tuumorile.

Peab arvestama aga asjaolu, et kui tuumori metastaasid haaravad ka maksa, võib settereaktsioon olla normaalne.

Sageli on neerutuumorite varajaseks sümptoomiks vererõhu kõrgenemine, mis esineb kuni 95% juhtudest [E. Paterson (7), P. Kolle (6), K. Moskatševa (2)]. Meie andmeil esines vererõhu kõrgenemine 3 lapsel, ühel oli vererõhk normaalne ja ühe lapse kohta puuduvad andmed. Vererõhku määratakse alla 5 a. vanustel lastel üldiselt harva, peamiselt patoloogiliste elementide esinemisel uriinis. Vererõhu kõrgenemine lastel lubab aga algavat neeru patoloogiat varakult diagnoosida.

Kui täiskasvanuil peetakse makrohematuuriat tähtsamaks neerutuumori sümptoomiks (90%-1), siis lastel esineb anamneesis hematuuria K. Moskatševa (2) ja P. Kolle (6) andmeil ainult kuni 20% juhtudest. Samal ajal aga esineb kõigil neerutuumoriga lastel (samade autorite andmeil) mikrohematuuria. Meie andmeil täheldati makrohematuuriat viiest lapsest kolmel. Mikrohematuuria esines aga kõigil lastel, samaaegselt oli neil uriinis patoloogilisel määral valku ja 3 juhul ka rohkesti leukotsüüte. Võib arvata, et kerge, ajutine makrohematuuria, mis kulgeb subjektiivsete kaebusteta ja düsuuria nähtudeta, jääb lapse ja vane mate poolt tähele panemata. Et varakult avastada makrohematuuriat, peaksid väikelapsed urineerima ainult potti, et ema näeks uriini värvust. Intoksikatsiooninähtude esinemisel lastel tuleks aga reeglipäraselt ja korduvalt teostada uriini analüüse.

Makrohematuuria esinemisel diagnoositakse algul enamasti tsüstiiti või teisi kuseteede haigusi. Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse ravile suunatud neerutuumoriga lastest oli uriini patoloogia alusel neljal diagnoositud kuseteede haigusi ja ravitud kodus kuni ühe kuu jooksul. Samal ajal oli hospitaliseerimisel tuumor kolmel neist juba palpeeritav.

Tuumori kasvamine on varajases staadiumis valutü. Tuumori suurenedes kaebavad lapsed kõhuvalusid, magavad öösel rahutult ja nutavad. Meie andmeil oli 3 lapsel anamneesis kõhuvalud, mis esinesid 1—2 kuu jooksul enne hospitaliseerimist. Seega on kõhuvalude esinemisel vaja alati mõelda ka neerutuumori võimalusele. Tuumori avastamist palpatatsioonil teel ei saa pidada varajaseks diagnoosimiseks, kuna tuumor tavaliselt muutub palpeeritavaks, kui see on juba lapse rusika suurune.

Hilissümptoomina esines kõigil haigeil pahaloomulisele neerutuumorile iseloomulik aneemia (Hgb 44—56%).

Eeltoodud andmeist näeme, et neerutuumori kulg on haiguse algstaadiumis väga süptoomidevaene ja ainult väga tähelepanelik ja süstemaatiline haige uurimine võimaldab varakult püstitada õiget diagnoosi.

Kliinilistest meetoditest on neerutuumori kindlaksmääramisel suurima tähtsusega röntgenidiagnostika: intravenoosne püelograafia sergoosiiniga, intravenoosne püelograafia koos tomograafiaga, angiograafia kardiotrastiga ja retroperitoneaalne pneumograafia [E. Paterson (7), P. Kolle (6), K. Moskatševa (2), J. M. Smellie (8), S. Slutskaja (3), L. Caussade (5), Tšan-Man-Tju, T. Natsevlišvili (4)].

Järeldused

1. Intoksikatsiooninähtude (apaatsus, isutus, subfebrilsus), settereaktsiooni seletamata tõusu ja kõhuvalude esinemisel mõelda alati, eriti alla 5 a. vanuste laste puhul, ka neerutuumori võimalusele.

2. Neerutuumorite varajaseks avastamiseks on vajalik, et jaoskonnarstid senisest sagedamini määraksid vererõhku ka väikelastel.

3. Kuna tänapäeval on saavutatud mõningat efektiivsust laste neerutuumorite ravimisel, tuleb hilist diagnoosimist lugeda arsti veaks.

4. Iga vähemagi neerutuumori kahtluse korral suunata laps spetsiaalseks uurimiseks lastehaiglasse.

KIRJANDUS

1. Ларнонов Л. Ф. Вестник АМН СССР, 1958, 2, 8—15. — 2. Москачева К. А. Опухоли почек у детей. М., 1953. — 3. Слуцкая С. Р. и Москачева К. А. Урология, 1955, 3, 42—45. — 4. Чан-Мань-Тю и Нацевлишвили Т. Н. Урология, 1960, 1, 48—51. — 5. Caussade, L. jt. Revue medikale de Nancy, 1958, 83, 6, 441—454. — 6. Kolle, P. Dtsch. med. Wochenschr., 1959, 28, 1256—1260. — 7. Paterson, E. Paediatrics. For the practitioner. Ed.: Gaisford, V, Lightwood, R., Vol. I, London, 1953, 531—563. — 8. Smellie, J. M. Paediatrics. For the practitioner. Ed.: Gaisford, V, Lightwood, R., Vol II, London, 1954, 462—464.

О ПРИЧИНАХ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

С. Тамм

Резюме

Из 23 детей с злокачественными опухолями, находившихся на лечении в Тартуской городской клинической детской больнице за 1948—1959 гг., опухоли почек наблюдались у пяти, что составляет 22% всех случаев злокачественных опухолей. Все больные поступили в больницу поздно и с неправильными диагнозами. Причиной поздней диагностики опухолей почек у детей можно считать то, что при ранних явлениях интоксикации (апатия, потеря аппетита, плаксивость, ускорение реакции оседания эритроцитов, повышение температуры), а также при болях в животе, повышении кровяного давления и длительной гематурии врачи не подозревают злокачественной опухоли, редко измеряют у маленьких детей кровяное давление.

Ранняя диагностика опухолей почек у детей имеет большое значение, так как при этом достигаются положительные результаты лечения.

При малейшем подозрении на опухоли почек необходимо больного направить на специальное исследование.

ENDOKARDI FIBROELASTOOSIST

Arstiteaduse kandidaat *U. PODAR* ja *M. LUTS*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja professor *A. Valdes*, ja pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*)

Endokardi fibroelastoos, mis iseloomustub parietaalse endokardi difuusse paksenemisega, kuulub kasuistilise kongenitaalse patoloogia hulka. Iseseisva nosoloogilise ühikuna tuntakse endokardi fibroelastoosi umbes 15 a. Enne seda kulgenud juhud esinesid fetaalse endokardiidi või kongenitaalse idiopaatilise südamehüpertroofia diagnoosi all. Viimastel aastatel on üksikuid fibroelastoosi juhte kirjeldatud ka nõukogude perioodikas [K. Širjajeva (1), A. Vihhert (2), J. Veltiššev ja V. Lipets (3)]. 1956.—1960. a. esines meie lahangumaterjalis 4 fibroelastoosi juhtu. See näitab, et endokardi fibroelastoos pole mitte eriti haruldane haigus ja et seda tuleb arvestada igapäevases pediaatrilises praktikas.

Endokardi fibroelastoosi etioloogia ja patogenees pole senini selged. Muutuste põletikulise päritolu võimalus on viimasel ajal üksmeelselt kõrvale jäetud. Ühed autorid vaatlevad fibroelastoosi kui arenguriket

[H. Edmonds ning W. Seelye (4)], teised kui intrauteriinsest anoksiast tingitud muutust [F. Johnson (5)], kolmandad kui kollagenoosi [W. Hill ning W. Reilly (6)] jt.

Protsessi iseloomulikuks tunnuseks on parietaalse endokardi difuusne paksenemine, mis põhjustab endokardi valkja värvuse ning läbipaistmatuse. Paksenemise aluseks on kollageense ja elastse sidekoe rohkenemine. Tavaliselt on endokard muutunud vasakus vatsakeses, vahel samaaegselt ka vasakus kojas või paremas vatsakeses. Fibroelastosisist haaratud süda on tunduvalt suurenenud. Vatsakeste seinad on hüpertroofilised ja vatsakesed (või üks neist) on laienenud. Umbes pooltel juhtudel on sklerootilisi muutusi täheldatud ka klappidel. Üsna sageli kaasub fibroelastoosiga mõni südame või suurte veresoonte arengurike.

Mikroskoopilisel uurimisel on peale eespool märgitud iseloomulikude endokardi muutuste leitud osal juhtudest sklerootilisi muutusi ka müokardis, vahel ka müokardi arteritel. Põletikunähud puuduvad. Üksikutel juhtudel täheldatud müokardi ümmarrakulist infiltratsiooni vaadeldakse kui reaktsiooni esinevatele muutustele [K. Širajeva (1)] või kui isheemia poolt tingitud nähtu [N. Gowing (7)].

Endokardi fibroelastoos on elupuhusest raskesti diagnoositav. Kliinilise pildi alusel eristatakse 3 vormi: väkkiire, akuutne ja krooniline vorm [E. Rossi (8)].

Väkkiiret vormi diagnoositakse esimese kuue elunädala jooksul. Kiiresti kujuneb välja akuutne kardiovaskulaarne puudulikkus, millele 2—3 päeva hiljem järgneb surm.

Akuutne vorm esineb vanuses kuni kuuenda elukuuni. Sellesse ea-gruppi langeb 75% kõikidest fibroelastoosi juhtudest [R. Lübke (9)]. Lapsel kaob isu, tekivad paroksüsmaalsed hingeldushood, rahutus, pea-aegu pidev tsüanoos. Perioodiliselt ilma näilise põhjuseta esineb oksendamise. Laps köhib, mis sageli meenutab läkaköha. On kirjeldatud krampe. Torkab silma lapse tugev kahvatus ja sageli kõrgenenud higistamine. Südame mõõtmete suurenemine, peamiselt vasaku vatsakese hüpertroofia ja dilatatsiooni arvel, on sedastatav enamikel juhtudel. Sageli esineb süstoolne kahin tipul. Maksa tunduvat suurenemist kirjeldatakse $\frac{1}{3}$ juhtudel, sagedamini vanematel lastel. Elektrokardiogrammis leiame vatsakese hüpertroofia tugevalt väljendunud tunnuseid, T-sakk on tavaliselt negatiivne või bifaasiline kõigis kolmes standardlülituses, voltaaž on madaldunud; sageli kirjeldatakse müokardi isheemiale iseloomulikke muutusi, isegi kuni infarktipildini. Seisund võib kiiresti halveneda, vahel mõne juhulikult esineva haigestumise foonil, vahel ilma näilise põhjuseta. Surm järgneb tavaliselt mõne päeva jooksul, maksimaalselt 2—3 nädalat pärast esimeste sümptomide ilmumist.

Kroonilise vormi korral ilmuvad esimesed haigussüptoomid alles esimese eluaasta teisel poolel või veelgi hiljem. Haigus võib kesta kuid, üksikutel juhtudel isegi mitu aastat. Haigus kulgeb kroonilise progresseeruva vereringe puudulikkuse nähtudega. Prognoos on halb.

Kõik senini kirjeldatud kongenitaalse endokardi fibroelastoosi juhud on lõppenud letaalselt, Gowingi (7) järgi neist 80% juba 1. eluaasta jooksul.

Kirjeldame meie praktikas esinenud endokardi fibroelastoosi juhte.

Juht 1. A. K., 10 kuud vana poeglaps. Vanemad terved. Emal esimene rasedus, mis kulges komplikatsioonideta. 10. II 1956. a. sünnitas ajalise poeglapse, kaaluga 3200 g. Sünnikulgu normaalne. Lapse areng esimestel kuudel iseärasusteta. Umbes 6 kuu vanuselt söögiisu halvenes, laps muutus kapriisseks. Sageli, peamiselt pärast söömist, esines köha, millega tavaliselt kaasnes oksendamine. Pärast kolm kuud kestnud tulemusteta ravi maa-arstijaoskonna tingimustes suunati laps Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse.

Objektiivne leid. Üldseisund raske. Toitumus tugevasti langenud (II astme hüpotroofia). Lapsel on II astme rahhiit ja kerge normokroomne aneemia. Üle kogu keha mõõdukas tsüanoos, mis tugevneb nutmise ajal, eriti näo piirkonnas. Laps viril, hääl kähisev, tasane. Südame pulsatsioon nähtav 5. roidevahemikus eesmisel aksillaarjoonel ja epigastriumis. Tiputõuge lai, tugev. Südame relatiivse tumestuse vasak piir eesmisel aksillaarjoonel, parem piir 0,5 cm rinnaku servast paremal. Aktsioon regulaarne, esineb tahhükardia, süstoolne kahin kuulda üle kogu südame, *punctum maximum* 2. roidevahemikus rinnaku vasakul serval. Pulss nõrga täitumuse ja pingega. Röntgenoskoopiliselt — südame mõõtmete tunduv suurenemine, eriti vasakul, südame ristmõõt 4×7 cm, rindkere ristmõõt 15 cm. Kliiniline diagnoos. Kaasasündinud südamerike. Rahhiit II. Hüpotroofia II.

Kolmandal haiglasviibimise päeval tekkisid kardiovaskulaarse dekompensatsiooni nähud, mis kulgesid südame parema poole puudulikkusena: maks suurenes, tursed jäsemel, hiljem üle kogu keha, ka näol. Ordineeriti digitaalset pulbrina. Järgneva 10 päeva jooksul muutus uni rahulikumaks, söögiisu paranes, laps võttis kaalus 200 g juurde, kuid dekompensatsiooninähud püsisid. Seejärel seisund halvenes: laps muutus väga rahutuks, isu kadus, tekkis peaaegu pidev kõha. Hingeldus ja tsüanoos tugevenesid, kardiovaskulaarse dekompensatsiooni nähud süvenesid. 16. haiglapäeval lisandus vasaku kopsu totaalne atelektaas. Kardiovaskulaarse dekompensatsiooni nähtude süvenedes järgnes surm 21. haiglasviibimise päeval.

Lahang 323/56. Süda tunduvalt suurenenud, mõõdud $7,5 \times 9,5 \times 4,5$ cm. Südame õoned laiad. Vasaku vatsakese endokard paksenenud, peaaegu läbipaistmatu, valget värvust. Klapid elastsed ja puhtad. Vatsakeste seinad tavalisest paksemad (vasakul 0,6 cm). Lihase löikepind halkjaspunane. Teised elundid: vasaku kopsu totaalne atelektaas.

Mikroskoopiliselt uurimisel (värvingud: hematoksüliin-eosiin, van Gieson, fukseliin, ortseiin) ilmneb, et tugevasti paksenenud endokard koosneb rakuvaesest tihedast sidekoest rohkete kollageensete ja elastsete kiududega. Müokardis on näha sidekoe rohkenemist, mõne arteri keskkesta sidekoelist paksenemist, paiguti kapillaaride laienemist.

Juht 2. P., vastsündinud poeglaps. Emal neljas rasedus, teine sünnitus. II raseduskuul diagnoositi Botkini tõve järgselt kujunenud sapipõie ja sapiteede põletikku ja lambliioosi, viidi läbi ravikuur akrihhiiniga. 10. III 1957. a. sünnitas ajalise poeglapse, kaaluga 3300 g. Sünnikulgu normaalne. Neljandal päeval vastsündinu liigtused loiid. söögiisu halb. Kuuendal päeval laps väga apaadne, loid. Nahk kahvatu, tsüanootiline. Esines tugev düspnoe. Kopsude auskultatsioonil paravertebraalselt, peamiselt vasakul, krepitatsioone ja krepiteeruvaid märgi räginaid. Kahtlustati bronhopneumooniat. Lapse seisund halvenes pidevalt, tsüanoos ja hingamishäired muutusid tugevamaks. Kaheksandal päeval järgnes surm.

Lahang 75/57. Süda on lapse ea kohta silmatorkavalt suurenenud, mõõdud $4 \times 5 \times 3,5$ cm. Vasak vatsake on palju väiksem kui parem. Vasaku vatsakese endokard on kõõlusjalt valget värvust. Vasaku vatsakese sein on 0,4, parema 0,7 cm paks. Teised elundid: aordi ümbermõõt klappidest kõrgemal 1,5 cm, kuid Botallo juha suubumise eel väheneb see tunduvalt ja on ainult 0,5 cm (aordikitsuse stenoos); Botallo juha ümbermõõt 0,7 cm, vasaku kopsu osaline atelektaas ja bronhopneumoonia, vasakpoolne serofibrinoosne pleuriit.

Mikroskoopiliselt on paks endokard samasuguse ehitumusega nagu juhul 1. Müokardis on sidekude tugevasti rohkenenud.

Juht 3. T. R., 3 kuud vana tütarlaps. Emal 12. rasedus, 9. sünnitus. Esimese raseduse ajal põdes malaariat, raviti hiniiniga raseduse teisel poolel. Kahel korral sünnitas ajalised lapsed. Kolmel korral oli sünnitus enneaegne. Neljal korral katkes rasedus iseeneslikult VI—VII kuul. Artifitsiaalseid aborte oli kolm. Ema on terve, WaR veres korduvalt negatiivne. 6. XII 1958. a. sünnitas ajalise tütarlapse, kaaluga 3200 g. Sünnikulgu normaalne. Lapse kasv ja arenemine kulgesid normaalselt kuni haigestumiseni, laps oli pidevalt jaoskonna pediatril järelevalve all. 2—3 kuu vanuses diagnoositi furunkuloosi, viidi läbi kodune ravi. Paar nädalat hiljem lisandus ülemiste hingamisteede äge katarr. Laps suunati ravile Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse.

Objektiivne leid. Laps väga rahutu, nutab palju. Nahk ja nähtavad limaskestad kahvatud, kukla piirkonnas rohkesti furunkuleid. Esineb kerge riniit, neeluring põletikuline. Röntgenoskoopiliselt leiti mõlemapoolne hiliit. Pulss $120 \times$ minutis, rahuldava täitumuse ja pingega. Süda — aktsioon regulaarne, toonid puhtad, selged. Röntgenoskoopiliselt südame mõõtmete suurenemist ja konfiguratsiooni muutusi ei sedastatud. Maks kergelt suurenenud, palpeeritav 2 põikisõrme ulatuses allpool roidekaart, konsistents keskmine, serv terav, pind sile. Teostatud analüüsides alusel esineb kerge normokroomne aneemia ja mõõdukas leukotsütoos. Kliiniline diagnoos: äge rinofarüngiit, furunkuloos, aneemia.

Prognoos hinnati kõigiti heaks. Haiguspilt muutus kolmandal haiglasviibimise päeval. Hommikul halvenes lapse üldseisund ootamatult: tekkis sage düspnoe-line hingamine, nahk väga kahvatu, üldine tsüanoos, pulss kiire, nõrga täitumuse ja pingega. Kordiamiini, kofeiini ja hapniku manustamise järgselt seisund hakkas

paranema. Umbes paari tunni jooksul taastus endine hea üldseisund täielikult ja püsis muutusteta ka järgmisel päeval. Viiendal haiglasviibimise päeval esines anoloogiline hingelduse ja tsüanoosi hoog, kuid see oli kergem ja möödus paarikümne minuti jooksul.

Ööl vastu 7. haiglapäeva muutus laps väga rahutuks, peaaegu kogu öö nuttis. Järgmisel hommikul kella 7 paiku halvenes üldseisund järsult: tekkis tugev hingeldus, tsüanoos, laps väga kahvatu, pulss vaevalt palpeeritav. Need nähud progresseerusid pidevalt, tarvitusele võetud abinõud (kofeiin, kordiamiin ja tsütiitoon subkutaanselt, adrenaliin intrakardiaalselt) ei andnud tulemusi, surm järgnes kell 10.40. Esinenud ägeda kardiovaskulaarse puudulikkuse hoogude tõttu tekkis kahtlus kaasasündinud südamerikkest.

Lahang 110/59. Süda suurenenud, mõõdud $5,5 \times 6,5 \times 3,5$ cm. Ovaalne mulk on avatud 0,8 cm pikkuse piluna. Vasaku vatsakese õõs on tunduvalt laienenud. Vasakus vatsakeses ja kojas on endokard valkjat värvust ja vaevalt läbipaistev (foto 1). Klapid on puhtad ja õrnad. Vasaku vatsakese sein 0,6, parema 0,3 cm paks. Südamelihase lõikepind halkjasroosa valkjate jutikestega, konsistents keskmine. Teised elundid: furunkuloos; mõlemapoolne algav bronhopneumoonia; mõlemapoolne katarraalne otiit; kerge follikulaarne enterokoliit.

Mikroskoopilisel uurimisel on endokardi muutused samasugused nagu juhul 1. Müokardis on sidekude mõõdukalt rohkenenud ja paljud kapillaarid laienenud, mõnes kohas leidub ümmarrakulisi infiltraate.

Juht 4. R., vastsündinud poeglaps. Ema terve. Esimene rasedus, külg tavaline. 4. II 1960. a. sünnitas ajalise poeglapse kaaluga 3900 g. Sünnimomendist alates laps tugevalt tsüanootiline, hingamine düspnoeline. 70 korda minutis. Teisel päeval laps väga rahutu, tugev tsüanoos ja düspnoe püsivad. Kopsud auskultatsioonil patoloogilise leiuta. Südame aktsioon regulaarne, toonid tuhmid, kahinaid ei esine. Maks ulatub 4 pöikisõrme võrra allapoole roidekaart, tiheda konsistentsiga. Üldseisund halvenes pidevalt, esinenud nähud süvenesid. Laps suri neljandal päeval.

Lahang 38/60. Süda on harilikust suurem, mõõdud $5 \times 6 \times 3$ cm. Südameõõned on laiad. Vasaku vatsakese endokard on difuusselt valkjat värvust, vaevalt läbipaistev. Tavalisest valkjast endokardist ka vasakus kojas. Aordiklapid on omavahel kokku kasvanud, kootunud ja tunduvalt paksenenud (foto 2). Ka mitraalklapi hõlmad on servadest mõõdukalt paksenenud. Vasaku vatsakese sein 0,8, parema 0,3 cm paksune. Lihase lõikepind kahkjast-punakaspruun. Teised elundid: vasaku kopsu alumise sagara algav bronhopneumoonia ja osaline atelektaas; maksa krooniline venoosne liigveresus.

Mikroskoopiliselt on paksenenud endokard samasuguse ehitumusega nagu eelmistel juhtudel. Paiguti on endokardi all ladestunud lupja. Müokardis vähene sidekoe rohkenemine ja mõningate kapillaaride laienemine. Aordiklapp on paksenenud esmajoones kollageense sidekoe rohkenemise arvel.

Kliinilise pildi järgi võib meie 2. ja 4. juhtu vaadele kui endokardi fibroelastoosi välkkiiret vormi, 3. juhtu kui akuutset ja 1. juhtu kui kroonilist vormi. Esimese haigusjuhu iseärasuseks oli vasaku kopsu totaalse atelektaasi kujunemine 6 päeva enne surma. Tõenäoliselt oli atelektaasi põhjuseks bronhi kompressioon suurenenud südame poolt. Vasaku kopsu atelektaasi, mis põhjustas ekslikku keskseinandi kasvaja diagnosimist, kirjeldab fibroelastoosi puhul ka K. Širjajeva (1). Kolmanda juhu omapära seisneb asjaolus, et lapse füüsiline ja vaimne areng eelnevalt oli eale vastav ja objektiivsel läbivaatusel ning röntgenoloogilisel uurimisel ei leitud südame patoloogiat.

Anatoomiline leid meie juhtudel vastab tüüpilisele fibroelastoosile. Ühel lapsel oli parietaalse endokardi muutustele lisandunud ka südameklappide skleroos. Ühel juhul esines koos fibroelastoosiga aordi väärareng kitsuse stenoosi näol. Teisel juhul me vaatleme piluna avatud ovalset mulku 3-kuisel lapsel kui juhuslikku ja ebaolulist kaasunud leidu, sest ovaalne mulk jääb piluna avatuks küllalt sageli.

Fibroelastoosi etioloogia ja patogenees jäävad lahtiseks. Ühel meie juhul leitud müokardi ümmarrakulisi infiltraate ei saa kirjanduse andmetel pidada protsessi põletikulise päritolu näitajaks, seda enam, et rohkenenud sidekude endo- ja müokardis ei osutanud ka sellel juhul põletikulise granultatsioonkoe tunnuseid ja oli rakuvaene. Fibroelastoosi ja väärarendite sagedane koosinemine lubab oletada lähedast seost nende vahel. Seetõttu tundub meile kõige tõenäolisemana H. Edmondsi ja W. Seelye' (4) seisukoht, kes vaatlevad fibroelastoosi kui varases

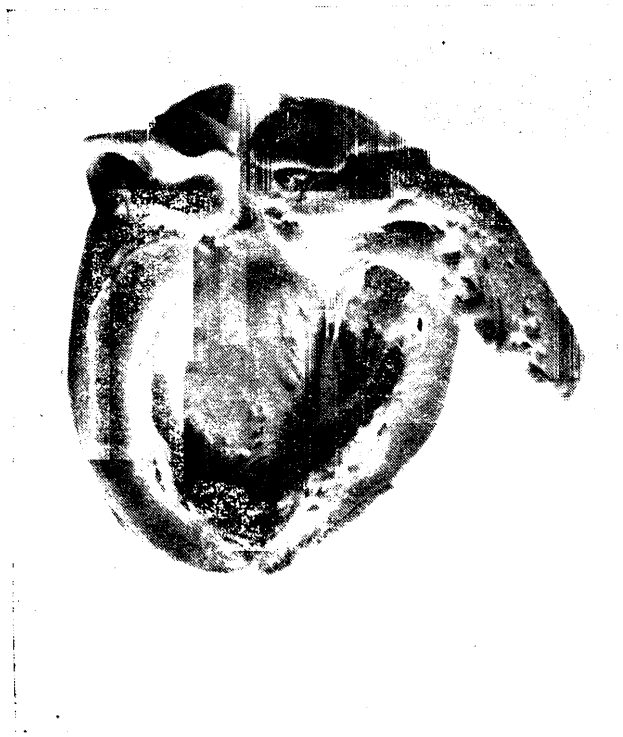


Foto 1. Avatud vasak vatsake paksenenud ning
valkja parietaalse endokardiga (juht 3).



Foto 2. Avatud vasak vatsake paksenenud parie-
taalse endokardi ja sklerootiliste aordiklappi-
dega (juht 4).

embrüonaaleas sugenevat arenguriket. Seejuures määrab haiguskulu iseärasused igal konkreetsel juhul esmajoones südamelihase seisund.

Oigeks diagnoosimiseks on vajalik fibroelastoosi kui iseseisva haiguspildi tundmine ja selle esinemise võimaluse arvestamine. Elupuhune diagnostika muutub eriti raskeks seetõttu, et mõnikord võivad fibroelastoosi puhul nii tavalisel läbivaatusel kui ka röntgenoloogilisel uurimisel jääda ilmnemata kardiovaskulaarse süsteemi patoloogiale osutavad nähud (juht 3). Arvestades elupuhuse diagnostika komplitseeritust tuleb imikueas tekkiva kardiovaskulaarse puudulikkuse korral alati silmas pidada endokardi fibroelastoosi esinemise võimalust. Meie juhtudel jäi protsessi lähem iseloom kliiniliselt ära tundmata kõigil neljal lapsel.

Ebaselge etioloogia ja patogeneesi tõttu jääb lahtiseks ka küsimus fibroelastoosi profülaktikast ning kausaalselt teraapiast. Ravis on vaja eelkõige taotleda esinevate vereringehäirete likvideerimist. Selle kõrval tulevad arvesse ka mitmesugused sklerootiliste protsesside kulgu pidurdavad vahendid, esmajoones kortikosteroidid ja AKTH [R. Emmrich (10) jt.].

KIRJANDUS

1. Ширяева К. Ф. Вопр. охр. мат. и дет., т. 2, 1957, 6, 69—76. — 2. Вихерт А. М. Арх. пат., т. 19, 1957, 6, 57—61. — 3. Вельтишев Ю. Е. и Липец В. Я. Педиатрия, т. 36, 1958, 7, 22—25. — 4. Edmonds, H. W. a. Seelye, W. B. Pediatrics, vol. 7, 1951, 5, 651—659. — 5. Johnson, F. R. Arch. Path., vol. 54, 1952, 3, 237—247. — 6. Hill, W. T. a. Reilly, W. A. Amer. J. Dis. Child., vol. 82, 1951, 4, 579—586. — 7. Gowing, N. F. C. J. Path. Bact., vol. 65, 1953, 1, 13—26. — 8. Rossi, E. tsit. Sirjajeva (1) järgi. — 9. Lübke, R. Kinderärztl. Prax., Jahrg. 26, 1958, H. 6, 247—258. — 10. Emmrich, R. Chronische Krankheiten des Bindegewebes. Leipzig, 1959.

О ФИБРОЭЛАСТОЗЕ ЭНДОКАРДА

У. Подар и М. Лутс

Резюме

Мы наблюдали 4 случая врожденного фиброэластоза эндокарда. В двух из них смертельный исход наступил на 4 или 8 день жизни, а в остальных — в трех или десятимесячном возрасте. Сердце во всех случаях оказалось сильно увеличенным, и пристеночный эндокард в левом желудочке (у двоих и в левом предсердии) диффузно утолщенным. Наряду с изменениями пристеночного эндокарда у одного ребенка наблюдался склероз аортальных клапанов, у другого — стеноз перешейки аорты. Клинически все случаи протекали с быстро прогрессирующими явлениями сердечно-сосудистой недостаточности, причем в одном случае присоединился тотальный ателектаз левого легкого. По нашему мнению, более вероятной является точка зрения, по которой фиброэластоз рассматривается как порок развития.

REUMATISMI JA ORGANISMI REAKTIIVSUSE PROBLEEMI UURIMISEST TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNAS

K. KORGE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, kateedri juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *K. Kõrge*)

Lähtudes reumatismi ja mitmete teiste infektsioossete-allergiliste haiguste osatähtsusest meie vabariigi kohalikus patoloogias, on nimetatud probleem olnud TRÜ Arstiteaduskonna teadusliku töö temaatikas kogu pärastsõjajärgse perioodi vältel.

Reuma uurimise initsiaatoriks ja juhendajaks oli Arstiteaduskonnas nõukogude võimu esimese aastakümne vältel teaduskonna sisehaiguste kateedri juhataja prof. V. Vadi, kes Eesti NSV Teaduste Akadeemia tegevliikmena juhendas samasuunalist uurimistööd ka akadeemias. Erilist tähelepanu osutab prof. V. Vadi meie vabariigi kuurortoloogia küsimustele. Sel teemal ilmus tema sulest 1947. a. monograafia «Eesti tervismuda». Selles põhjalikus uurimuses võtab autor kokku kõik senised andmed Eesti tervismuda esinemise, füüsikalise-keemiliste omaduste, toimemehhanismi ja kliinilise kasutamise kohta.

Teemade läbitöötamine toimub teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedris, hospitaalsisehaiguste kateedris, otorinolarüngoloogia kateedris ja günekoloogia ning sünnitusabi kateedris. Uurimistööst võtsid osa ka üliõpilased teaduskonna sisehaiguste, hospitaalsisehaiguste ja otorinolarüngoloogia teaduslikust ringist, samuti kateedrite kliiniliste baaside arstid-ordinaatorid.

Reumatismi ja organismi reaktiivsuse kohta on ajavahemikus a. 1945—1959 lisaks ülalnimetatud monograafiale publitseeritud 42 teaduslikku artiklit (36 vabariiklikes, 6 üleliidulistes väljaannetes) ja avaldatud 17 ettekande teesid (neist 11 vabariiklikelt ja 6 üleliidulistelt konverentsidelt ja nõupidamistelt). Üliõpilased kirjutasid ülalnimetatud teemal sama ajavahemiku vältel 14 auhinnatööd.

Minnes järgnevalt uurimistöö resultaate lühidale iseloomustamisele, võib esiteks nimetada töid reumatismi ja kollagenooside diagnostika ja kliinilise pildi uurimise alalt.

Ü. Lepp (23, 24) töötas välja Valdmani kupuproovi modifikatsiooni — žgutikatsu — ja näitas, et monotsüütide arvu tõus nimetatud testi puhul ei ole ainult paisu piirkonnas arenev kohalik fenomeen, vaid et sel puhul lülituvad käiku neuroreflektorsed mehhanismid, mille tulemusena toimub monotsüütide arvu tõus ka kupust *resp.* paisust kaugemal asuvates kehapiirkondades.

Kollagenooside diagnostikat ja kliinilist pilti käsitlevad K. Kõrge ning U. Podar (17) ja L. Päi (29).

Põhjalikuma kliinilise ja morfoloogilise analüüsi alaägeda septilise endokardiidi, reumatoidse polüartriidi ja reumatismi puhul esinevaist neerukahjustustest tegi J. Reinaru (30—32). Autor jõudis järeldusele, et neerude difuussed kahjustused on kõigi kolme haigusvormi puhul üsna sagedased ja nende iseloom on olulisel määral sõltuv organismi reaktiivsuse seisundist. Reaktiivsuse langes hakkavad prevaleerima koldelised nefriidid, selle tõustes — difuussed glomerulonefriidid.

Reumatismi profülaktika küsimusi uuris peamiselt otorinolarüngoloogia kateedri kollektiiv. Dots. E. Siirde juhendamisel töötati siin läbi tonsillektoomia näidustuste ja mõjumehhanismi küsimus. E. Siirde koos kaastöölistega (25—39) näitas, et tonsillektoomia põhjustab intensiivseid nihkeid organismi hematoloogilistes näitajates, mis viitavad reaktiivsuse tunduval ümberkõlastusele seoses nimetatud operatsiooniga. L. Kook (2) demonstreeris oma dissertatsioonis varajase tonsillektoomia väärtust reumatismi retsidiivide vältimisel lastel.

Olulise lõigu käsitletavast probleemist moodustavad uurimused, mis on suunatud organismi reaktiivsusseisundi iseloomustamisele reumatismi ja mõningate teiste infektsioossete-allergiliste haiguste puhul. Erilist tähelepanu omistati sel puhul neurohormonaalse regulatsiooni, eelkõige hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi talitluse muutuste uurimisele.

Organismi reaktiivsuse neurohormonaalse regulatsiooni uurimisel leidis V. Vadi (41), et reumahaigeil võib täheldada normist kõrvalekaldu-misi veresuhkru-kõverais nii adrenaliini kui ka glükoosi manustamisel. Silma paistab sel puhul veresuhkru-kõvera hüperglükeemiline reageerimissuund, mis normaliseerub pärast efektiivset reumaravi.

Uurides allergiliste haiguste (reumatism, bronhiaalastma) puhul mõningaid neerupealiste funktsiooni näitajaid ning neerupealiste reageerimist insuliin- ja AKTH-stressile, samuti ärritusteraapiast põhjustatud stimulatsioonile, leidsime [K. Kõrge (7, 18), H. Hanson (14)], et neerupealiste primaarsest puudulikkusest nimetatud haiguste puhul kõnelda ei saa; küll on aga sedastatav neerupealiste koore funktsionaalne inertsus, nn. sekundaarne insufitsientsus, mis on tingitud nimetatud elundi puudulikust stimuleerimisest dientsefaal-hüpofüsaarse mehhanismi poolt.

Eriti omapäraseks leiuks allergiliste haigusseisundite puhul oli eosinofiilide arvu paradoksaalne dünaamika stressi puhul. Rakendades hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi stimuleerimiseks insuliin-hüpoglükeemiat, võis sel puhul tavalise eosinopeenilise reaktsiooni asemel enamikul uuritavaist täheldada eosinofiilsete leukotsüütide arvu tõusu [K. Kõrge (5, 18)]. Võib arvata, et niisuguse omapärase fenomeeni põhjuseks on eosinofiilsete leukotsüütide arvu (ja paigutust) reguleeriva tsentraalreflektorse mehhanismi paradoksaalne reageerimine allergiliste haigusseisundite puhul. Kirjeldatud fenomeen on kasutatav kliinilises praktikas eriti bronhiaalastma diagnoosi täpsustamisel ja haiguskulu jälgimisel.

Organismi reaktiivsuseisundi muutusi allergiliste haiguste puhul uurisid fermentkeemilisest aspektist J. Kurik (15) ja V. Saarma (33). Esimese autori uurimisobjektiks oli sel puhul vere koliinesteraasi, teisel autoril — vere peroksüdaasi ja katalaasi aktiivsus. Silmapaistvamaid nihkeid nimetatud fermentsüsteemides autorid infektsioossete-allergiliste haiguste puhul ei sedastanud.

Erilist tähelepanu pöörati infektsioossete-allergiliste haiguste ravi-meetodite mehhanismi, raviviiside täiendamise ja ravi näidustuste uurimisele (3, 19, 21).

1953. aastast rakendatakse Tartu haiglates krooniliste resp. subakuutsete, antibiootikumravile loiult reageerivate infektsioossete protsesside puhul kombineeritud desensibiliseerivat ravi antibiootikumidega. Ravi algul rakendati insuliinhüpoglükeemiat või ärritusteraapiat, hiljem AKTH-d ja kortisooni. Võisime näidata [K. Kõrge (6, 16)], et niisugune kombineeritud ravi on tunduvalt efektiivsem kui antibiootikumravi üksi. Kirjeldatud teraapiavorm on näidustatud eriti alaägeda septilise endokardiidi, samuti aga mitmete teiste infektsioossete protsesside puhul. Soodsaid ravitulemusi oleme sellega saavutanud protraheeritud kuluga pneumooniate, eksudatiivse pleuriidi, pankreatiidi ja raskekujulise hepatiidi puhul. Mainitud raviprintsiip on tänapäeval leidnud rakendamist ka tuberkuloosi puhul.

M. Eitelberg (1,11) töötas koostöös A. Sinkaga välja meetodi rästikumürgi anatoksiini «Vipratoks» valmistamiseks, mis ärritusteraapia ühe vormina leiab rakendamist peamiselt reumatoidsete polüartriitide puhul.

Rida uurimusi on pühendatud mittespetsiifilise desensibiliseeriva teraapia mõjumehhanismi selgitamisele. Võisime näidata, et ärritusteraapial on mõningaid kortisoonraviga analoogilisi jooni, viimaste kõrval aga ka olulisi erinevusi [K. Kõrge (7)]. Mõlema ravimeetodi kombineerimine võimaldab mõnel juhul tõsta ravi efektiivsust ning vähendada soovimatuid kõrvalnähte.

Edasi näitasime, et uinutite desensibiliseerivat mõju on võimalik seostada hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi talitluse tõusuga. Ajukoore pidurduse olukorras intensiivistub positiivse induktsiooni teel subkortikaalsete tuumade funktsioon, nende hulgas nähtavasti ka dientseefaloni asuvate hüpofüüsi eessagarat stimuleerivate tsentrumite talitus, mis viib AKTH ja kortikosteroidide sekretsiooni suurenemisele. Selle väite poolt kõneleb uinutite manustamisel ilmuv eosinofiilsete leukotsüütide arvu langus perifeerses veres ja 17-ketosteroidide ning oksükortikos-

teroidide hulga suurenemine uriinis [K. Kõrge (4, 5, 20), K. Kõrge ja H. Hanson (8)]. On võimalik, et kirjeldatud mehhanismil põhjeneb ka mitmete teiste, samuti kesknärvisüsteemi pidurdust esile kutsuvate desensibiliseerivate ravimenetluste toime.

Uurimusi hormonaalse süsteemi mõjust organismi reaktiivsusele reumatismi puhul teostati ka günekoloogia ja sünnitusabi kateedris. V. Liivrand (9, 26, 27), jälgides reumat põdenud rasedail proteinogrammi ja perifeerse vere eosinofiilsete leukotsüütide dünaamikat, leidis, et nimetatud näitajaid ja vaatlusaluste üldseisundit arvesse võttes võib raseduse puhul täheldada organismi desensibiliseerumist, s. t. ilmset antireumaatilist tendentsi.

Süsivesikute- ja valguainevahetuses olulist tähtsust omava vere püruuvhappe dünaamikas M. Laidna (22) silmapaistvamaid nihkeid reumat põdenud rasedail ei täheldanud. V. Sepp (34) ei sedastanud neid samuti reuma- ja reumatoidse polüartriidi haigeil desensibiliseeriva ravi vältel.

Tsütoloogiliste uurimuste abil jälgisid V. Sepp (35) ja J. Gross (12) organismi reaktiivsuseisundit reumahaigeil desensibiliseeriva ravi puhul. Esimene leidis, et reumahaigeil on kantaridiinivilli eksudaadis kõrgeenenud lümfohistiotsüütide protsent, mida võib lugeda organismi hüperergilise seisundi väljenduseks. Efektiivse antireumaatilise ravi vältel lümfohistiotsüütide arv langeb. J. Gross (12) konstateeris efektiivse salitsüülravi järel ägeda reumaatilise protsessiga haigeil perifeerse vere leukotsüütide fagotsütoosivõime intensiivistumist, kusjuures naatriumsalitsülaad *in vitro* katseis andis võrdses kontsentratsioonis fagotsütoosi pärssimise. Mainitud tööd näitavad aktiivse mesenhüümi elementide elavat reageerimist mittespetsiifilisele desensibiliseerivale ravile.

Viljakaks nii teooria kui ka praktika seisukohalt osutus proteiinide uurimismeetodite laialdasem rakendamine organismi reaktiivsuse uurimisel. Esimesteks sellesuunalisteks sammudeks olid E. Veinpalu ja H. Sillastu dissertatsioonid. Nimetatud autorid võtsid meie vabariigis esimestena kasutusele verevalkude elektroforeetilise uurimismeetodi (40), mis praegu on leidnud tee juba arvukatesse uurimis- ja raviasutustesse.

E. Veinpalu (10, 43, 44) uuris vereseerumi proteinogrammi iseärasusi reumatismi, alaägeda septilise endokardiidi ja reumatoidse polüartriidi puhul ja kirjeldas nimetatud haigusseisundeid iseloomustavaid (olgugi mitte ainult neile spetsiifilisi) valgupilte. Autor näitas, et reumatismi esimeste puhangute korral on esiplaanil alfa₂-globuliinide fraktsioon. Reumatismi korduvate puhangute järel hakkab üha enam prévaleeruma gammaglobuliinide fraktsioon ja alfa₂-globuliinid nihkuvad tagaplaanile. Proteinogrammi kirjeldatud dünaamika viitab autori seisukoha järgi seostele reumatismi ja alaägeda septilise endokardiidi vahel: korduvalt retsidiveeruva reumatismi puhul nihkub vereseerumi valgupilt üha enam *endocarditis lenta*'t iseloomustava düsproteineemia suunas.

E. Veinpalu uurimiste resultaadid näitasid, et proteinogramm omab tähtsust ka antireumaatilise ravi näidustuste püstitamisel ja selle efektiivsuse hindamisel. Parimaid ravitulemusi saavutatakse antireumaatilise raviga alfa₂-globuliinide kõrge nivoo puhul; see valgufraktsioon normaliseerub eduka teraapia mõjul. Vereseerumi proteinogramm on samuti heaks vahendiks ravitulemuste hindamisel. On teada, et kehatemperatuuri ja settereaktsiooni normaliseerumine ning subjektiivsete vaevuste kadumine ei tähenda veel kaugeltki reumaatilise protsessi aktiivsuse alanemist. Haiguse selles järgus on proteinogramm enamasti veel patoloogiline, viidates ravi energilise jätkamise vajadusele.

Proteiinide uurimismeetoditest on reumatismi aktiivsuse hindamisel suure väärtusega vereseerumi glükoproteiinide ja mukopolüsahhariidide määramine. Nimetatud meetodite rakendamine on meil alles

algjärgus. Esimeseks sellesuunaliseks tööks on J. Grossi (13) uurimus difenüülamiinreaktsiooni kohta, mis teatavasti iseloomustab esmajoones vereseerumi siaalhappesisaldust. J. Grossi esialgsed andmed näitasid, et olulisem kui difenüülamiinreaktsiooni diagnostiline väärtus on selle tähendus antireumaatilise ravi tulemuste, s. t. just reumaatilise protsessi aktiivsuse hindamisel.

Huvitavad on proteiinide uurimised, mida hospitaalsisehaiguste kateedris teostas L. Päi (28). Nende uurimiste eesmärgiks oli eksperimentaalselt selgitada spetsiifilise gammaglobuliini (antikeha) ja mitte-spetsiifilise gammaglobuliini vahetõrke kestval immuniseerimisel. Autor näitas, et esineb olukordi, kus immuniseeritaval esineb kõrge mittespet-siifiliste gammaglobuliinide nivoo madala spetsiifiliste gammaglobuliinide sisalduse juures. Erilist huvi pakub fakt, et kortisooni ja AKTH abil oli langetatav just mittespet-siifiliste gammaglobuliinide nivoo.

Esitatud ülevaates käsitleti töid, mis kuulusid otseselt reumatismi ja allergiliste haiguste uurimise temaatikasse. Organismi immunoloogilise reaktiivsuse uurimine toimus aga ka veel mõningate teiste probleemide raamides mikrobioloogia ja nakkushaiguste kateedris prof. F. Lepa juhendamisel ja neuroloogia kateedris dots. E. Raudami juhendamisel.

Probleem töötati läbi kontaktis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi reumatoloogia ja kuurortoloogia komiteega ning Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga.

Taotledes reumatismi profülaktika ja ravimeetodite tõhustamist tekib vajadus ka kardioloogiliste probleemide detailsemaks läbitöötamiseks. Selles suunas on meie teaduskonnas tõhusaid samme astunud dots. Ü. Lepp teaduskonna sisehaiguste kateedrist ja assist. K. Rägo sisehaiguste propedeutika kateedrist. Nende juhendamisel on loodud kardioloogia kabinetid. Südame uuemaid uurimismeetodeid rakendades toimub siin töö klapiirike diagnostika täiustamiseks, mis on oluliseks eelduseks reumaatiliste ja muude südamerike kirurgilise ravi edasiseks väljarendamiseks.

KIRJANDUS

1. Эйтельберг М. Врачебн. дело, 1958, 3. — 2. Коок Л. О значении тонзилэктомии в течении ревматизма у детей. Автореф. канд. дисс. Тарту, 1959. — 3. Кырге К. X. Сов. медицина, 1953, 3, 29—30. — 4. Кырге К. X. Тезисы совещания по проблемам торможения и лечения сном, Тарту, 1955, 37—39. — 5. Кырге К. X. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1956, 4, 110—117. — 6. Кырге К. X. Труды восьмой Всесоюзной конференции терапевтов. Л., 1956, 180—181. — 7. Кырге К. X. Труды первой северо-западной научной конференции терапевтов. Смоленск, 1958, 281—287. — 8. Кырге К. и Хансон Х. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1959, 3, 39—42. — 9. Лийвранд В. Э. О динамике белков сыворотки крови у переболевших ревматизмом в связи с беременностью и родами. Автореф. канд. дисс. Тарту, 1959. — 10. Вейн-палу Э. Ю. Об изменениях белков сыворотки крови при ревматизме и некоторых других инфекционно-аллергических заболеваниях в связи с лечением. Автореф. канд. дисс. Тарту, 1959. — 11. Eitelberg, M. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 52, 89—100. — 12. Gross, J. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 54, 21—25. — 13. Gross, J. ENSV terapeutide vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid, Tallinn, 1959, 10—11. — 14. Hanson, H. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 18—23. — 15. Kurik, I. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 24—35. — 16. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid. Kogumik I, 1954, 85—95. — 17. Kõrge, K. ja Podar, U. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 52, 72—85. — 18. Kõrge, K. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 52, 63—77. — 19. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 9—18. — 20. Kõrge, K. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 5—17. — 21. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 5, 3—12. — 22. Laidna, M. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 52—66. — 23. Lepp, Ü. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 40, 106—116. — 24. Lepp, Ü. ENSV terapeutide vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid, Tallinn, 1959, 17—18. — 25. Liik-Aimre, V., Noor, V., Pärnik-Möldre, M. ja Sapert, A. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 54, 35—39. — 26. Liivrand, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised,

1959, 76, 67—84. — 27. Liivrand, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 2, 27—32. — 28. Päi, L. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teadusliku sessiooni teesid, Tartu, 1959, 41—42. — 29. Päi, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 1, 19—24. — 30. Reinaru, J. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1956, 45, 129—137. — 31. Reinaru, J. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 52, 118—151. — 32. Reinaru, J. ENSV terapeutide vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid, Tallinn, 1959, 30—32. — 33. Saarma, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 36—43. — 34. Sepp, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 44—51. — 35. Sepp, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1959, 76, 85—90. — 36. Siirde, E. ja Sibul, S. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1956, 40, 159—171. — 37. Siirde, E., Jents, A., Gerassimova, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, lisa, 11—14. — 37. Siirde, E., Laaman, E., Särkava, V. ENSV terapeutide vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid, Tallinn, 1959, 5—6. — 39. Särkava, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, lisa, 134—138. — 40. Sillastu, H. ja Veinpalu, E. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 52, 109—117. — 41. Vadi, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1954, 36, 77—87. — 42. Vadi, V. Eesti tervismuda. Tartu, 1947. — 43. Veinpalu, E. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 52, 244—258. — 44. Veinpalu, E. Nõukogude Eesti Tervishoid. Kogumik, 1957, 6, 231—239.

ОБ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПО ПРОБЛЕМЕ РЕВМАТИЗМА И РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

К. Кырге

Резюме

Поскольку в краевой патологии большое значение имеют ревматизм и некоторые другие инфекционно-аллергические заболевания их исследование входило в тематику научных работ медицинского факультета Тартуского государственного университета в течение всего послевоенного времени. Инициатором и руководителем исследовательской работы в области ревматизма и курортологии был проф. В. Вадн.

Изучались следующие вопросы: а) изменения неврогормональной регуляции в организме при инфекционно-аллергических заболеваниях; б) профилактика ревматизма и тонзиллярная проблема; в) развитие новых форм десенсибилизирующей терапии и исследование механизма действия этих методов лечения; г) бальнеотерапия; д) характеристика аллергического состояния организма путем протеннологических и иммунологических исследований.

Из изменений неврогормональной регуляции в организме были найдены инертность функции гипоталамо-адренальной системы при аллергических состояниях заболевания и парадоксальное реагирование некоторых показателей этой функции (К. Кырге). Этот феномен можно применять в диагностических целях (например, в качестве инсулин-эозинофильного теста).

При десенсибилизирующей терапии, существенное значение имеет функция центральной нервной системы, особенно — развитие торможения в коре мозга.

Применяя снотворные, функция гипоталамо-адренальной системы усиливается и повышается секреция гликокортикоидов надпочечников, с чем, по-видимому, находится отчасти в связи также десенсибилизирующее действие снотворных (К. Кырге, Х. Хансон).

Исследование связей между функциями центральной нервной и эндокринной систем имеет большое теоретическое и практическое значение при дальнейшем выяснении патогенеза и методов лечения аллергических состояний.

При инфекционных заболеваниях с подострым и хроническим течением можно повысить эффективность лечения антибиотиками, применяя одновременно с ними неспецифическое десенсибилизирование организма (К. Кырге).

Исследования, произведенные на кафедре оториноларингологии, показали, что при правильных показаниях и ранней тонзиллэктомии удается предупредить рецидивы ревматизма. Упомянутая операция, видимо, изменяет реактивность организма (Э. Сийрде и др.).

Протениограмма сыворотки крови в значительной мере позволяет уточнить диагноз и дифференциальный диагноз ревматизма, а также служит хорошим показателем при оценке эффекта антиревматического лечения.

При рецидивирующем ревматизме отклонения протениограммы в направлении преобладания гамма-глобулинов указывают на связь этого заболевания с патогенезом подострого септического эндокардита и в случаях ревматизма являются плохим прогностическим показателем (Э. Вейнпалу, Л. Пай).

Кроме того, были исследованы особенности образования специфического и неспецифического гамма-глобулинов при иммунизировании. Выяснилось, что наблюдаются состояния с низким специфическим и высоким неспецифическим содержанием гамма-глобулинов в крови, причем десенсибилизирующая терапия при помощи кортикостероидов понижает их уровень (Л. Пяй).

VOITLUSEST REUMAGA KINGISSEPA RAJONIS

J. REINARU

(Kingissepa Linna Haiglast, peaarst E. Väärt)

A. I. Nesterovi järgi näeb reuma profülaktika programm ette kolm peamist suunda: 1) organismi üldise kaitsejõu tõsimine, 2) abinõud võitluseks streptokokilise ümbruskonnaga, 3) spetsiaalne võitlus streptokokilise infektsiooniga a) reumahaigetel, b) streptokokilise infektsiooniga reumahaigetel ja c) isikutel, keda ähvardab reuma.

NSV Liidu terapeutide IX kongressil Moskvas 1926. a. esines N. D. Stražesko ettekandega, milles ta rõhutas, et isiklikud ja ühiskondlikud profülaktilised abinõud, nagu organismi karastamine, kehakultuur, suukoopa hügieen, võitlus retsideeruva angiiniga, tonsilliitidega, hammaste mädaste põletikuliste haigustega, õigeaegne ja ratsionaalne suukoopa ja kurguhaiguste ravi omab otsustavat tähtsust reuma vältimisel. Kahtlemata on suur tähtsus ka ägeda reumaatilise ataki varasel energilisel ravil.

Kingissepa rajoonis haigestus 1959. a. reumasse 392 isikut, s. o. 1000 elaniku kohta 9,4 last ja täiskasvanut. Noorukite läbivaatusel 1960. a. kevadel selgus, et krooniline tonsilliit esines 694-st 40-l, krooniline mädane keskkõrvapõletik 13-l ja saneerimata hambaid 219-l. See viitab asjaolule, et senised profülaktilised abinõud rajoonis ei ole piisavad reumaatiliste haigestumiste vältimiseks. Ägeda reuma, reumatoidsete ja reumoseptiliste protsesside esimeste puhangutega haigetel esineb enamasti mingisugune koldenakkus, kuigi haiged sageli ei esita nende suhtes kaebusi. Nii võib leida saneerimata hambaid, kroonilist tonsilliiti, põsekoopa põletikku ja teisi koldeid, millest haiged ei ole teadlikud. Vanematel inimestel, kellel esineb lihase-, liigese- ja närvivalu, võib peaaegu alati leida saneerimata ja liikuvaid hambaid. Lastel ja noorukitel esineb tihti kroonilist tonsilliiti ja samuti saneerimata hambaid. Arvestades seda, et reuma ja reumoseptilised haigused ei teki ilma kolde-nakkusteta ja nendest lähtuvate toksiinideta, pidasime vajalikuks alustada rajoonis laialdast selgitustööd koldenakkuste küsimuses.

Reuma profülaktika plaani kohaselt arutas Kingissepa Arstide Teaduslik Selts oma koosolekul 1959. a. novembris oraalinfektsiooni, sepsise kui nosoloogilise ühiku ja bakterioloogilise diagnostika küsimusi. Seejärel arutati rajooni jaoskonnaarstide ja velskripunktide juhatajate nõupidamisel stomatoloogilise teenindamise parandamise, angiinide ja teiste krooniliste nakkuskollete ravi ning reumahaigete dispanseerimise võimalusi rajoonis. Nõupidamine leidis, et hambaravi kabinettide tööd ja otorinolarüngoloogilist teenindamist rajoonis tuleb paremini organiseerida. Stomatoloogide ajutise vähesuse tõttu kohustati jaoskonnaarste ja mõningaid velskreid pärast vastavat täiendust rajooni stomatoloogilises osakonnas tegelema ka hambajuurte ekstraheerimisega. Otsustati senisest süsteemipärasemalt teenindada koole. Tõsteti esile Orissaare jaoskonna hambaarsti (J. Leis), kes teostas Muhu ja Orissaare jaoskondades

kõigi õpilaste läbivaatuse ja hammaste saneerimise. Alates 1960. a. augustikuust alustati laialdast stomatoloogilist läbivaatust ja hambaravi kolhoosides.

Rajooni tervishoiutöötajate nõupidamisel anti jaoskonnaarstidele ja velskritele kvalifikatsiooni tõstmise korras ülevaade angiinide ja krooniliste tonsilliitide ravist. Anti välja informatsioonilised kirjad, milles kohustati arste ja velskreid angiini ja krooniliste tonsilliitidega haigeid võtma dispanseersele arvele ja teostama reumaprofülaktilisi ravikuure.

Rajooni sanitaarharidustöö loengute sarjas on teemad, mis selgitavad elanikkonnale isikliku ja ühiskondliku hügieeni, koldeinfektsiooni, reuma tekke ja selle vältimise küsimusi. Elanikkonna huvi loengute vastu on elav, aktiivselt võetakse osa loengutele järgnevast arutelust. Sellekohaseid lühiartikleid on ilmunud ka kohalikus rajooniajalehes. Kingissepa Linna Haigla arstid sõidavad igal nädalal kolhoosidesse ja asutustesse sanitaarhariduslike loengutega.

Rajooni hambaarstide nõupidamisel otsustati teha hammaste ekstraktsioone koos antibiootikumravi kuuriga, kusjuures ulatuslikumate kollete puhul ordineeritakse antibiootikumidega paralleelselt salitsüülpreparaate. Pärast hambaekstraktsiooni kestab kolderavi vähemalt 7 päeva (*Phenoxymetylpencillini* 200.000 TÜ 3 korda päevas, *Natr. salicylici* 3,0—5,0 või aspiriini 3,0—4,0, butadiiooni või reopüriini 0,3—0,45 päevas). Haiged, kellel esinevad minimaalsemadki kaebused reuma üle, suunatakse jaoskonnaarstide juurde dispanseerseks arlevõtmiseks ja järelravikuuride teostamiseks. Siinjuures on vaja rõhutada, et rajoonide stomatoloogia kabinetid tuleks varustada ajakohase röntgeniaparatuuriga, mis hõlbustaks tunduvalt ekstraktsioonide, indikatsioonide ja kontraindikatsioonide kiiret kindlakstegemist.

Jaoskonnaarstide ja velskripunktide juhatajate nõupidamisel otsustati angiini, ägeda keskkõrvapõletikuga jt. haiged võtta dispanseersele arvele, kusjuures ravikuure jätkatakse ka pärast organismi üldreaktsiooni kadumist ja töövõimetuslehe lõpetamist. Angiinide puhul alustatakse sulfaniilamiidide või antibiootikumidega paralleelselt ravi ka salitsüülipreparaatidega eespool märgitud annustes. Viiakse läbi 10-päevaste vaheaegadega vähemalt kolm 10 päeva kestvat ravikuuri. Niisuguste ravikuuridega on võimalik vältida angiinide üleminekut krooniliseks tonsilliidiks ja ära hoida tonsilliitide ägenemist või reumaatilise puhangu vallandumist. Salitsüülipreparaate tuleb haigetele ordineerida niikaua, kuni kaob mandlite turse või hüpertroofia.

Krooniliste tonsilliitide ravi nõuab samuti korduvaid ravikuure antibiootikumide ja salitsülaatidega (vähemalt kolmes etapis). Kui selle raviga ei saavutata efekti, tuleb kahtlemata kõne alla operatiivne ravi. Konservatiivse ravi puhul tuleks üldise ravi kõrval rohkem kasutada lokaalseid blokaade antibiootikumidega (nii tonsillidesse kui ka peritonsillaarselt). Olgu mainitud, et tonsillektoomia peab eranditult toimuma koos antibiootilise raviga, kusjuures seejärel tuleb koheselt alustada ravi ka salitsüülipreparaatidega, sest krooniliste tonsilliitide puhul on peaaegu alati tegemist, kas suuremal või vähemal määral, endotelioosi nähtudega. Antibiootikumide manustamine pärast tonsillektoomiat peab kestma vähemalt 7—10 päeva, salitsüülipreparaate tuleb määrata 10-päevase vaheaja järel veel 10 päevaks. See võimaldab kindlamalt saavutada endotelioosi või latentse reumavormi likvideerimise.

Kõige minimaalsemadki kaebused, nagu südameklappimine, südame füüsilise koormuse järgsed kompensatsioonihäired, õhupuuduse tunne füüsilisel pingutusel, valud liigestes, lihastes ja valulikud torked südame piirkonnas, rütmihäired, südametonide iseloomu muutused, üldine väsimus, nõrkus, subfebrilised palavikud võivad olla aktiivse reumaatilise protsessi tunnusteks. Veel enam, kui haigel esineb ilmne koldeinfektsi-

ooni võimalus, tuleb seda haiget ravida erilise hoolega kui reuma aktiivset vormi põdevat isikut. Eespool mainitud nähtude kadumise järel tuleb rakendada järelravikuure, nagu seda teeme ägedate reumahoogude puhul. Latentselt kulgevad reumavormid vajavad erilist tähelepanu ja hoolt, kuna siin sageli eksitakse, mistõttu ravi algus jääb hiljaks.

Jälgides reumahaigete dispanseerseid kartoteeke ja ambulatoorseid kaarte jaoskondades võib märgata, et reumaatilise protsessi esmase ataki järel ei ole mitte alati läbi viidud süstemaatilisi järelravikuure. Pärast aktiivset statsionaarset ravi tuleb soovitada kodust või ambulatoorset ravi I. A. Kassirski järgi, mis seisneb selles, et haigele ordineeritakse iga kuu ühe nädala vältel 200.000 TÜ penitsilliini 2 korda päevas, 1,5 g püramidooni (või 3 korda päevas aspiriini 1,0, butadiooni jt.) ning 60 TÜ AKTH-d. Niisuguseid ravinädalaid tuleb korrata vähemalt 2—3 korda. Mainitud preparaatidega võib ravida ka teisiti, näiteks laupäeviti ja pühapäeviti. Laupäeva õhtul kell 18.00 süstitakse haigele bitsilliini 300.000 TÜ, seejärel süstitakse 30—40 TÜ AKTH-d ja 2 korda öhtu jook-sul võetakse püramidooni 0,5 g või 0,5—1,0 g aspiriini. Järgmisel päeval saab haige AKTH-d 2 süstet à 30—40 TÜ ja 3 korda päevas püramidooni või aspiriini. AKTH puudumisel tuleb kasutada *Natrium salicylicum*'i (2 g kolm korda päevas). Analoogilisi ravikuure tuleb reumahaigetele teha igal kevadel ja sügisel, et vältida reumaatilise protsessi ägenemist.

Esitatud reumaprofülaktiline töö ja ravikuurid on kooskõlas Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni reumatismi ekspertide komitee ja NSV Liidu peareumatoloogi soovitustega ning reuma profülaktika ja streptokokkide infektsiooni ravi printsiipidega.

Kingissepa rajooni tervishoiutöötajad püüavad aktiivselt rakendada tänapäeva meditsiini saavutusi reuma alal ja loodavad reumasse haigestumist tunduvalt piirata. See on rajoonis üks peamisi tervishoiuala-seid probleeme.

О БОРЬБЕ С РЕВМАТИЗМОМ В КИНГИСЕППСКОМ РАЙОНЕ

Ю. Рейнару.

Резюме

В Кингисеппском районе за 1959 г. переболели ревматизмом 392 человека, что составило 9,4 детей и взрослых на 1000 населения.

С целью снижения заболеваемости в этом районе разработан конкретный план профилактических мероприятий, предусматривающий улучшение стоматологического обслуживания населения, лечение ангины и хронических инфекционных очагов в организме, диспансеризация больных ревматизмом. В связи с этим широко проводится санитарно-просветительная работа.

При лечении больных с ангиной применяются сульфаниламидные препараты, антибиотики и в обязательном порядке салицилаты. После выписки больных из стационара им проводят на дому 2—3 курса лечения салицилатами, гормонами и пенициллином. Такие же курсы лечения проводятся весной и осенью и в отношении переболевших ревматизмом с целью предупреждения заболеваемости.

ÜLDPERITONIIDI RAVIST

Professor A. LINKBERG ja K. PÖDER

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor A. Linkberg, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg)

Äge mädane peritoniit areneb kõhukoopta elundite mitmesuguste haiguste tüsistuste tulemusena. Vaatamata sulfaniilamiidide ja antibiootikumide laialdasele kasutamisele jääb üldperitoniit kirurgilises praktikas ka tänapäeval üheks ohtlikumaks haiguseks, mille letaalsus ulatub erinevate autorite andmetel 5,7—17,4% [V. Šlapoberski (1) 17,5%, A. Baženova (2) 15,5%, P. Seltsovski (3) 5,7%].

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on viimase 10 a. jooksul (1950—1959) ravil viibinud 190 üldperitoniidihaiget, neist on surnud 18 (s. o. 9,5%). Üld- ja kohaliku peritoniidi omavahelise esinemissageduse analüüsimisel (tabel 1) selgub, et vaatlusaluse perioodi esimese 5 a. jooksul (1950—1954) moodustas üldperitoniit 40,9% kõikidest peritoniidijuhtudest, järgmise 5 a. jooksul aga ainult 31,0%.

Analüüsitava ajavahemiku jooksul võib meie andmeil konstateerida üldperitoniidihaigete suremuse vähenemist. Kui 1950.—1954. a. suri 92 üldperitoniidihaigest 11 (s. o. 12%), siis 1955.—1959. a. on 98 üldperitoniidihaigest surnud 7 (s. o. 7,1%), kusjuures 1959. a. ei esinenud üldperitoniidi tagajärjel ühtegi surmajuhtu.

Tabel 1

Üld- ja kohaliku peritoniidi esinemise sagedusest Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil 1950.—1959. a.

Aasta	Üldperitoniidihaigete arv (surnute arv sulgudes)	Kohaliku peritoniidi haigete arv
1950	25 (7)	27
1951	15 (2)	22
1952	18 (0)	20
1953	18 (1)	28
1954	16 (1)	36
1955	15 (4)	43
1956	20 (0)	45
1957	23 (0)	60
1958	18 (3)	38
1959	22 (0)	32
Kokku	190 (18)	351

Nii kirjanduse [V. Šlapoberski (1) jt.] kui ka Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmetel (tabel 2) on peritoniidi sagedasemaks lähtekohaks ussjätke perforatsioon (51,6%), mao- ja 12-sõrmiksoole haavandi perforatsioon (23,2%), peensoole perforatsioon, nekroos ja põletik (12,1%) ning 13,1% juhtudel muud põhjused.

Üldperitoniidi ravi tulemused sõltuvad reast teguritest [V. Šlapoberski (1)], nagu 1) protsessi iseloom, ulatus ja lokalisatsioon, 2) õigeaegne diagnostika ja operatiivne vahelesegamine, 3) kompleksse ravimeetodi plaanipärane rakendamine, 4) protsessi algkole, 5) protsessi staadium, 6) tekitaja iseloom ja organismi kaitsereaktsioon.

Tabel 2

Haiguse lähtekolle ja letaalsus üldperitoniidihaigetel Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil 1950.—1959. a.

Peritoniidi lähtekoht	Juhtude arv	Tulemus	
		Tervistumine	Surm
1. Perforatiivne apenditsiit	98 (51,6%)	94	4
2. Mao- ja 12-sõrmiksoole haavandi perforatsioon	44 (23,2%)	42	2
3. Peensoole perforatsioon, nekroos ja põletik	23 (12,1%)	15	8
4. Muud peritoniidid	25 (13,1%)	21	4
Kokku	190	172	18

Tabel 3

Suremuse sõltuvus ajast haigestumise algusest kuni operatiivse vahelesegamiseni üldperitoniidihaigetel Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna admeil 1950.—1959. a.

Aeg	Kokku haigeid	Surnud
0 —6 t.	37	—
7 —12 t.	27	1
13—24 t.	38	2
25—36 t.	9	1
37—48 t.	26	4
üle 48 t.	53	10

Eriline tähtsus on ajal haigestumise algusest kuni operatiivse vahelesegamiseni (tabel 3). Operatsioonide puhul, mis on tehtud esimese 6 tunni jooksul pärast haigestumist, letaalsust ei esine. 48 tunni möödumisel haigestumise algusest on letaalsus operatsioonijärgselt 18,9%. Seega on üldperitoniidi ravikompleksis oluline osa varajasel operatiivsel vahelesegamisel. Nõustume seisukohaga, et ei ole õigustatud peritoniidihaige kauaegne jälgimine õige diagnoosi väljaselgitamise eesmärgil [A. Baženova (2)].

Olulist osa etendab antibiootikumide kombineeritud rakendamine, mis varajase operatiivse vahelesegamise kõrval on kaasa aidanud üldperitoniidihaigete letaalsuse tunduval vähenemisele [V. Šlapoberski ja G. Nevtonova (4), M. Znamenski (5) jt.].

Tuleb aga silmas pidada, et suurte antibiootikumiannuste kontrollita kasutamine viib antibiootikumide suhtes resistentsete mikroobivormide moodustumisele [V. Kolessov jt. (6)] ja mitmesuguste kandidoosivormide tekkimisele [M. Tšistova, O. Škrob (7)].

Rea autorite [V. Kolessov jt. (6)] andmetel on mikrofloora kõige sagedamini resistentne penitsilliini suhtes (87,8%), harvem streptomütsiini (31,6%) ja veel harvem levomütsetiini suhtes (17,5%).

Antibiootikumide manustamine vastavalt toimespektrile on Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas rakendamist leidnud alates 1957. aastast, mil hakati süstemaatiliselt läbi viima kõhuõõne mikrofloora iseloomu ja tundlikkuse määramist antibiootikumide suhtes. Uuritud 24 juhul selgus, et mikroobide tundlikkus osutus negatiivseks penitsilliini suhtes 16 juhul, streptomütsiini suhtes 8 juhul, biomütsiini suhtes 6 juhul ja levomütsetiini suhtes 5 juhul.

Eeltoodut arvestades kasutatakse Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas kuni mikrofloora iseloomu ja tundlikkuse määramiseni kõhuõõne- ja lihasesisesi suuri penitsilliini ja streptomütsiiniannuseid (lokaalselt 200 000 TÜ penitsilliini ja 250 000 TÜ streptomütsiini ning parenteraalselt 400 000 TÜ penitsilliini ja 500 000 TÜ streptomütsiini *pro die*). Laboratoorsete andmete saamisel minnakse üle vastava toimespekt-riga antibiootikumide manustamisele.

Üldperitoniidi ravi tulemusi mõjustavad kahtlemata ka niisugused menetlused nagu kõhuõõne töötlemine operatsiooni ajal ja kõhukoopa drenimine. Nendes küsimustes esineb erinevaid arvamusi.

Kaasajal loputavad kõhuõõnt peritoniidi puhul ainult mõned kirurgid [H. Gafurov (8), V. Voino-Jassenetski (9) jt.].

Enamik kirurge [V. Šlapoberski (1), A. Gubarjov (10) jt.] toovad kõhuõõne loputamise vastu järgmised väited:

1) kõhuõõne loputamine põhjustab infektsiooni levimist kõhuõõne infitseeritud osast veel infektsioonist haaramata ossa;

2) kõhuõõne loputamine soodustab toksiinide imendumist kõhuõõnest, viies veelgi suuremale organismi intoksikatsioonile;

3) kõhuõõne loputamine suurte vedelikuhulkadega viib kõhukelme traumeerimisele ja selle reaktiivsete omaduste langusele.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on kõhuõõne loputamist rakendatud 35,3% haigetest, kusjuures on lähtutud seisukohast, et kõhuõõne loputamine on soovitatav mädaste koliperitoniitide korral, kus on vajalik roojaosakeste eemaldamine. Loputusvedelikena on kasutatud sooja 1%-list NaCl lahust, 20%-list glükoosilahust ja 5%-list NaCl lahust. Hüpertooniliste lahuste kasutamisel on lähtutud tähelepanekutest [B. Poljanski (11) jt.], et hüpertoonilised lahused pidurdavad toksiinide imendumist kõhuõõnest ja organismi üldise intoksikatsiooni väljakujunemist. Ka kirjutise autorite eksperimentaalsed tähelepanekud 12 küülikul, kellel *caecumostomia* teel väljakutsutud üldperitoniidi puhul viidi kõhuõõnesse 50 ml 10%-list glükoosilahust, näitavad, et hüpertoonilise glükoosilahuse rakendamine lükkab peritoniidi väljakujunemise protsessi edasi ja leevendab seda.

Võttes arvesse kõhuõõne loputamise teatud negatiivseid külgi on kirurgid rohkem tähelepanu pööranud kõhuõõne dreenažile.

Kõhuõõne drenimine on V. Šlapoberski (1) järgi näidustatud:

1) infektsioonikolde ja nekrootiliste kudede kõhuõõnesse jäämisel;

2) putriidse ja anaeroobse infektsiooni korral;

3) kõhuõõnesse kogunevate ekskreetide väljajuhtimise eesmärgil.

Üha kindlamalt juurdub kirurgilisse praktikasse aga seisukoht, et postoperatiivne periood kulgeb ägeda üldperitoniidiga haigetel kergemalt ja healoomulisemalt, kui operatiivne vahelesegamine lõpeb kõhuõõne täieliku sulgemisega.

Infektsioonikolde täieliku likvideerimise korral peritoniidi varajases staadiumis ongi näidustatud kõhuõõne umbne sulgemine [N. Napalkov (12), V. Šlapoberski (1) jt.]. Rea autorite [B. Petrov (13), P. Seltsovski (3), Z. Mamedov, A. Tairov, I. Kafarov ja Z. Tagijeva (14) jt.] tööd antibiootikumide kõhuõõnesse viimise erilise efektiivsuse kohta võimaldavad teisiti suhtuda kõhuõõne drenimise küsimusse. Dreeni hinnatakse mitte niivõrd kui juhtetoru eritiste eemaldamiseks kõhuõõnest, vaid rohkem kui kanalit antibiootikumide viimiseks kõhuõõnesse seal efektiivse kontsentratsiooni loomiseks.

Eeltoodust ongi lähtutud kõhuõõne drenimisel ägeda üldperitoniidi haigetel Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas, kus kõhuõõne dreenaži on rakendatud 77,9% juhtudest.

Kõhuõõne tamponeerimist kasutatakse nii kirjanduse [V. Šlapoberski (1) jt.] kui ka meie haavaosakonna andmetel ainult erandjuhtudel (5 juhul), kui on vajalik kahjustuskolde piiramine vabast kõhuõõnest ja mittepeatuvate parenhümatoossete ning kapillaarsete verejooksude puhul.

Eriti suurt tähelepanu vajab üldperitoniidihaigete postoperatiivne periood, mis omab varajase operatiivse vahelesegamise ja lähtekolde radikaalse eemaldamise kõrval otsustavaimat osa.

Rida autoreid [V. Šlapoberski (1), P. Bulgakov (15), W. Schmitt (19) jt.] peab tähtsaks ja hädavajalikuks valgufraktsioonide ja kloriidide määramist veres. Neid andmeid on vaja infusioonide liigi ja hulga edaspidisel määramisel.

Seoses suurte valgukadudega peritoniidihaigetel (nälgimine, eksudaadi moodustumine, valgu suured kaod sooletrakti koguneva vedeliku arvel, valgu lagunemine palaviku tagajärjel jne.), samuti seoses valgu aktiivse osaga organismi immunobioloogilistes protsessides osutub vajalikuks valgutagavarade täiendamine. B. Petrovi (13) andmetel suureneb ööpäevane normaalne valgukaotus (7—15 g) peritoniidi kergete vormide puhul 3 korda, ulatudes rasketel peritoniidijuhtudel 100 g ja enam.

Valgudefitsiidi likvideerimise eesmärgil soovitatakse vereplasma, Belenki raviseerumi jt. ülekandeid. Loetakse otstarbekohaseks rakendada haiguse esimestel päevadel plasma ja seerumi ülekandeid. Nii soovitab B. Petrov (13) viia peritoniidihaigetele ööpäevas 1 l Belenki raviseerumit tilkinfusioonil (60 g proseriini), N. Efimišin (16) natiivplasmata (200—500 ml), mis avaldab stimuleerivat ja intoksikatsiooni vähendavat toimet, etendades olulist osa võitluses dehüdratatsiooni ja hüpoproteineemiaga.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas toimub postoperatiivsel perioodil valguainevahetuse seisundi pidev kontrollimine valgufraktsioonide muutuste süstemaatilise jälgimise teel. Vere- ja plasmaülekanded teostatakse diferentseeritult vastavalt laboratoorse uuringu põhjal kindlakstehtud vajadusele (üldvalgu langus alla 7%).

Üldperitoniidihaigetel esineb suur vedeliku ja kloriidide kadu, mis võib põhjustada anuuriat, soolestiku pareesi ja maksa funktsiooni häireid.

Eeltoodust lähtudes peavad üldperitoniidihaiged saama ööpäevas 2—3 l vedelikku. Kloriidide defitsiiti likvideeritakse 5% NaCl lahuse veenisisesi manustamise teel (kuni 500 ml ööpäevas), kusjuures infusiooni hulga ordineerimisel tuleb silmas pidada vere kloriidide normaalseid väärtusi (450—550 mg%). Tuleb juhtida tähelepanu sellele, et suured vedeliku kogused (üle 2—3 l ööpäevas) võivad viia südame ja veresoonkonna ülekoormamisele [E. Behtereva (17)].

Efektiivseks vahendiks võitluses pareesiga on mao loputamine sooja füsioloogilise või hüpertoonilise lahusega ja mao sisu väljajätmine [V. Šlapoberski (1)], samuti 1 ml proseriini 0,05%-lise lahuse rakendamine 1—2 korda ööpäevas ning mõlemapoolse paranefriumi blokaadi tegemine A. Višnevski järgi (à 50—70 ml 0,25%-list lahust).

Eeltoodud konservatiivseid menetlusi on Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas laialdaselt kasutatud. Operatiivseid vahelesegamisi võitluseks soolestiku pareesi vastu soolte punktsiooni ja enterostoomia näol on kasutatud vaid erandjuhtudel eriti kaugelearenenud protsessi puhul (kokku 5 juhtu).

Kliiniliselt ja patoloogilis-anatoomiliselt on sektsioonimaterjali põhjal kindlaks tehtud, et kestvad intoksikatsiooniseisundid peritoniitide puhul põhjustavad tunduvald morfoloogilisi muutusi neerupealistes [V. Šlapoberski (1)]. Seoses sellega soovitatakse peritoniidihaigetele manustada neerupealiste hormoonipreparaate. Kasutatakse kortiini (nahaalusi ja lihasesisesi 1—2 ml), aga samuti desoksükortikosteron-atsetaati, mis on üks aktiivsemaid neerupealiste koore hormoonipreparaate (õli-lahustes lihasesisesi 1 ml korraga).

A. Gerhardsi (18) tähelepanekute kohaselt on kaugelearenenud üldperitoniidijuhte võimalik raskest intoksikatsiooniseisundist välja tuua kortisooni ja AKTH manustamisega vastava toimespektriga antibiootikumravi foonil. A. Gerhards (18) soovitab manustada operatsioonieelsel päeval 200 mg ja operatsiooni ajal 100 mg kortisooni koos 20—40 TŮ AKTH-ga, postoperatiivsel perioodil 1. päeval 75 mg kortisooni 2 korda päevas, 2. päeval 50 mg 2 korda päevas, 3. päeval 25 mg 2 korda päevas intravenoosselt, sõltuvalt protsessi raskusest ja komplikatsioonidest. Aktiivse antibiootikumravi rakendamise kõrval on oluline mineraalainevahetuse reguleerimine. Operatsioonijärgsel perioodil on tõusnud K⁺ väljaviimine organismist [W. Schmitt (19)], mistõttu on vajalik K⁺ peroraalne manustamine (Sol. Kalii jodati 3% 15,0×3 pro die).

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on kortisoonravi rakendatud kahe viimase aasta jooksul (1958. a., 1959. a.), kusjuures esimesed tähelepanekud on väga lootustandvad. Tänu kortisoonravi edukale kasutamisele komplekselt teiste menetlustega on suremine peritoniiti 1959. a. viidud nullini.

Eeltoodut kokku võttes on üldperitoniidi ravis varajase operatiivse vahelesegamise ja lähtekolde radikaalse eemaldamise kõrval üheks vastutusrikkamaks etapiks operatsioonijärgse perioodi tähelepanelik ja individualiseeritud juhtimine.

Postoperatiivsel perioodil tuleb üldkasutatavate ravimenetluste (antibiootikumide kombineeritud manustamine, vedelike- ja vereülekan- ded) kõrval rohkem tähelepanu osutada kortisoon- ja AKTH-ravi küsimustele ning kloriidide, valkainete ja K diferentseeritud manustamisele, lähtudes vereseerumi valgufraktsioonide ja elektrolüütide nihete labora- toorse kontrolli andmetest.

KIRJANDUS

1. Шлапоберский В. Я. Острые гнойные перитониты. М., 1858. — 2. Баженова А. П. Хирургия, 1958, 4, 21—27. — 3. Сельцовский П. Т. Хирургия, 1958, 4, 9—14. — 4. Шлапоберский В. Я., Невтонова Г. А. Хирургия, 1952, 3, 39—40. — 5. Знаменский М. С. Хирургия, 1949, 9, 39—42. — 6. Колесов В. И., Фигурин Т. Д. и Сараева А. Н. Хирургия, 1958, 4, 31—36. — 7. Чистова М. А., Шкроб О. С. Хирургия, 1959, 7, 69—75. — 8. Гафуров Х. Г. Разлитой гнойный перитонит (патогенез и лечение). Ташкент, 1957. — 9. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 1956. — 10. Губарев А. П. Воспаление брюшины и основания для его лечения. Библиотека практического врача, 1926, кн. 4. — 11. Полянский Б. А. Сов. медицина, 1950, 3, 27—28. — 12. Напалков Н. И. Неотложная хирургия перитонита. Труды II съезда хирургов Северо-Кавказского края. Ростов на Дону, 1927. — 13. Петров Б. А. Вестн. хирургии, 1951, 6, 35—40. — 14. Мамедов З. М., Таиров А. Н., Кафаров П. П. и Тагиева З. Хирургия, 1952, 3, 52—54. — 15. Булгаков П. П. Хирургия, 1960, 4, 32—39. — 16. Ефимов Н. С. Врачебн. дело 1953, 11, 1031—1033. — 17. Бехтерева Е. И. Хирургия, 1958, 4, 86—89. — 18. Gerhards, A. Der Chirurg, 1957, Heft 7, S. 304—309. — 19. Schmitt, W. Allgemeine Chirurgie. Leipzig, 1958. — 20. Stich, R. und Bauer, K. H. Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen. Band II. Jena, 1958.

О ЛЕЧЕНИИ ОБЩЕГО ПЕРИТОНИТА

А. Линкберг и К. Пидер

Резюме

Мы приводим анализ результатов лечения общего гнойного перитонита у 190 больных за 10 лет (1950—1959) в хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы. Из них умерло 18.

За упомянутый период результаты лечения общего перитонита улучшились. Если в течение первых пяти лет (1950—1954) из 92 больных умерло 11, то за последние пять лет (1955—1959) из 98 больных умерло 7.

В улучшении результатов лечения общего гнойного перитонита сыграли большую роль:

1) своевременная диагностика и госпитализация больных для более раннего оперативного вмешательства, сроки которого исчисляются не часами, а минутами;

2) настойчивое и систематическое выполнение комплекса мероприятий в послеоперационном периоде, который необходимо вести строго индивидуально;

3) применение в тяжелых запущенных случаях гормонов надпочечников (кортизон и др.) и адренокортикотропного гормона (АКТГ) вместе с активной антишоковой терапией;

4) определение белковых фракций и электролитов сыворотки крови для обеспечения дифференцированной дачи белков, хлоридов и калия, что в комплексе с другими мероприятиями помогает вывести больных из самых тяжелых состояний интоксикации при далеко развившемся процессе общего гнойного перитонита.

PERITONIITIDE KIRURGILISEST RAVIST KOOS AKTH JA KORTIKOSTEROIDSETE PREPARAATIDE MANUSTAMISEGA

A. KLIIMAN, I. RAMJALG ja E. TEEÄÄR

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Boston, ja Jõhvi Rajooni Haiglast, peaarst S. Leuferman)

Hüpopüüsi eessagara adrenokortikotroopse hormooni (AKTH) ja neerupealise koorolluse steroidsete hormoonide, eriti glükokortikoidide (kortisooni, hüdrokortisooni) ja nende derivaatide (prednisooni, prednisolooni, deltakortisooni jt.) mitmekesise bioloogilise toime avastamine on äratanud põhjendatud huvi nende rakendamise vastu praktilises meditsiinis, sealhulgas ka kirurgias. Nende rakendatavuse ulatus ei ole veel piiritletud, kuid ei ole kahtlust, et hormoonravi toob palju kasu mitmete kirurgilist ravi vajavate haiguste ravimisel.

Teadaolevaid ravitoimeid ja toimemehhanisme me ligemalt ei puuduta, sest neid on kirjeldatud nii kohalikes kui tsentraalsetes ajakirjades (8, 2, 5, 3 jt.) ja väljaannetes (6). Peame tarvilikuks peatuda vaid glükokortikoidide ja AKTH toimel infektsioossetesse põletikuprotsessidesse, mille hulka kuulub ka enamik kirurgiliselt ravitavaid peritoniite. On kindlaks tehtud, et neerupealise glükokortikoidide ja AKTH kasutamisel väheneb organismi vastupanuvõime infektsiooni leviku suhtes (nn. barjäärifunktsioon) ja suureneb infektsiooni generaliseerumise võimalus (7, 8, 11, 13). Intoksikatsiooni arenemisele aga avaldavad AKTH ja glükokortikoidid vastupidist, pärssivat toimet, pidurdades toksiinide teket ja vallandumist põletikukoldes (4, 1, 8).

Infektsiooni generaliseerumise ohu tõttu peeti varem glükokortikoidide ja AKTH kasutamist infektsioossete protsesside puhul vastunäidustatuks (7). Käesoleval ajal asub aga suur osa uurijaist seisukohal, et antibiootikumide samaaegne manustamine likvideerib hormoonraviga seotud ohud. Seepärast peavad mainitud uurijad vajalikuks kasutada glükokortikoid- ja AKTH-ravi ka infektsioossete põletike korral (3, 9, 12 jt.). Kirurgiliselt ravitavat peritoniiti tuleb pidada infektsioosse toksilise põletiku tüüpiliseks näiteks ja peritoniidi ravi nimetatud hormoonidega seepärast näidustatuks.

Meie kogemuste alusel võib öelda, et hormoonravi AKTH ja kortikosteroidsete preparaatidega on mõjuv vahend organismi reaktiivsuse muutmisel paremate ravitulemuste saavutamiseks kausaalse ravi kõrval.

Kui haigel neerupealiste funktsioon on kahjustamata, võib kasutada edukalt ravi AKTH-ga. Kui aga neerupealiste funktsioon on kahjustatud, mis esineb eriti raskete haigusseisundite (šoki ja intoksikatsiooniseisundi) puhul, tuleb kasutada kortikosteroidseid preparaate, alustades ravikuuri

suurte, nn. löökdoosidega. Nii manustatakse raske šoki või intoksikatsiooni korral 1. päeval 300—400 mg kortisooni (suu kaudu, lihase- või veenisisesi, jaotades ööpäevase annuse 4 osaks, mis manustatakse võrdsete ajavahemike järel), 2. päeval 200 mg, 3. päeval 100 mg. Sama annusega jätkatakse järgmistel päevadel ohtlike nähtude möödumiseni. Ravikuur lõpetatakse järkjärgulise doosi alandamisega mõne päeva jooksul. Soovitav on ravikuuri lõpetamisel kasutada mõne päeva jooksul AKTH-d keskmistes annustes (40—60 TŮ) neerupealiste aktsiooni stimuleerimiseks.

Hüdrokortisooni annus on ca $\frac{3}{4}$ kortisooni annusest ja prednisooni oma $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ kortisooni omast. Hormoonravi ajal tuleb manustada rohkesti valke ja C-vitamiini ja jälgida vedelike- ning mineraalide-ainevahetust.

Analüüsides tähelepanekuid AKTH ja glükokortikoidide rakendamisest peritoniidi ravis, kasutame andmeid, mis on saadud 11 peritoniidhaige haiguskulu ja lahangu jälgimisel (Tartus ja Jõhvis).

Leidsime, et intoksikatsioonist ja šokist tingitud raskes üldseisundis saabunud peritoniidhaigeid õnnestus raskest seisundist välja tuua palju kiiremini ja kergemini, kui lisaks seni kasutatud ravivõtetele (operatsioon, infusioonid, vereülekanded, antibiootikumid, vitamiinid) manustasime ka kortisooni, prednisooni, AKTH-d (alustasime suure löökdoosiga ja alandasime hiljem doosi järk-järgult, kasutades ravimit mitte üle 10 päeva).

Nimetatud toime illustreerimiseks toome väljavõtted kahest haigusloost.

2 a. 11 k. vanune tütarlaps A. K. saabus ravile üldise peritoniidiga. Kohesel operatsioonil selgus, et on tegemist mädase üldise peritoniidiga, mis on lähtunud perforatiivsest apenditsiidist. Teostati apendektoomia, kõhuõõs loputati antibiootikumide lahusega, dreeniti ja kõhuõõnde manustati streptomütsiini, penitsilliini. Ravi postoperatiivselt — pidev vedelike, vitamiinide ja konservvere tilkinfusioon. Antibiootikumide ja O_2 inhalatsioon. Lapse seisund operatsioonijärgsel päeval äärmiselt raske — esinesid teadvuse häired, apaatsus, tsüanosis, niitjas ja kiire pulss. Alustati kortisoonraviga (25 mg intravenoosselt, 50 mg lihasesisesi, mida jätkati samas doosis 4 päeva, siis 25 mg päevas 2 päeval). Järgmiseks päevaks lapse seisund paranes — intoksikatsiooninähtud vähenesid kiiresti, edasi taastus sooleperistaltika, peritoniidnähtud möödusid ja laps paranes tüsistusteta.

10-aastane poisslaps V. K., kel oli perforatiivne apenditsiit ja üldine mädane peritoniit. Haiglasse saabudes teostati kohene apendektoomia. Edasi tavaline üldravi ja antibiootikumide manustamine kõhuõõnde. Kuuendal operatsioonijärgsel päeval mõlemal pool roidekaare all ja vasemal allkõhus intsisioonid piirduvad peritoniidkollete avamiseks, mille järel peritoniidnähtud kliiniliselt taandarenesid. 11. päeval pärast operatsiooni tekkisid ägeda soolesulguse nähtud, haige üldseisund muutus raskeks. Laparotomiaal leiti põletikulised meteoristlikud soolelingud ja tugevad värsked põletikulised liited peensoole allosas, mis põhjustasid soolesulguse. Liited eemaldati operatsioonil. Selles raskes üldseisundis alustati operatsioonipäeval hormoonravi prednisooniga (50 mg $\times 2$ pro die 3 p., edaspidi doosi alandades, kokku 10 p. jooksul 575 mg). Antibiootikumidest kasutati samal ajal streptomütsiini, terramütsiini ja penitsilliini. Pärast viimast operatsiooni haige seisund paranes kiiresti, haige lahkus 12. päeval haiglast ja oli hilisemal kontrollimisel täiesti terve.

Prednisoonravi ajal tekkisid kerged tursed näol ja jalgadel.

Organismi reaktiivsuse muutuste tõttu AKTH ja glükokortikoidide manustamisel võib peritoniidi kliiniline sümptomatoloogia olla varjatud, raskendades varast diagnoosimist ja õigeaegset ravi. Öeldut illustreerib järgmine haigusjuht.

37-aastane meeshaige O. M., kes siseosakonnas ravil olles oli saanud raviks kortisooni 21 päeva vältel, kokku 490 mg. 22. ravipäeval tekkisid haigel valud ülakõhus, alguses hoogvaludena, hiljem pidevalt. Valud ei olnud eriti intensiivsed. Kirurgi konsultatsioonil esines valulikkus üle kogu kõhu, kõhul kerge reflektorne lihasepinge. Pulss rahuldava täitumusega, haige vestles rahulikult teda külastavate omastega. Haiget jälgisid kirurg ja terapeut, kuid alles 16 t. hiljem otsustati haiget opereerida mao perforatsiooni kahtlusel. Operatsioonil leiti perforeerunud värske haavand mao antrumi eesseinas, ilma reaktiivse fibrinoosse põletiku nähtudeta. Kõhuõõnes rohkesti limast rohekat vedelikku. Teostatud haavandi suturatsioon ja rakendatud antibiootikume. Postoperatiivne kulg tüsistusteta, haige lahkus 13. päeval pärast operatsiooni paranenult.

Kirjeldatud juhul rõhutame eriti seda, et kliinikus jälgimise tingimustes ei suudetud 16 t. jooksul diagnoosida mao perforatsiooni, üht kindlamini diagnoositavat kirurgilist ravi vajavat haigust, ehkki haiget jälgisid kogenud kirurgid ja terapeut. Analoogilisi juhtumeid on kirjeldanud ka teised autorid (7, 10, 3).

Meie tähelepanekutel peab kliiniliste sümptomide maskeerumist hormoonravi kasutamisel arvestama ka hilisemate komplikatsioonidena tekkivate abstsesside ja piirdunud peritoniitide korral.

AKTH ja kortikosteroidsete preparaatide kasutamisel peritoniidi ravis, eriti pikaajalisel manustamisel, peab arvestama veel järgmiste tüsistuste tekke võimalust, mida meil oli võimalus konstateerida, eriti lahangumaterjali alusel.

1. Haavandite (nii limaskestast kui seroosast pindadelt lähtuvate) teke mao-sooletraktis ja nende perforatsioonid (meil 3 juhul). Haavandid tekivad eriti kahjustatud sooleseina osas.

2. Fistulite teke ja sooleseina progresseeruv nekroos muutunud sooleosas (meil 1 juhul).

3. Ömbluste dehistsents anastomooside kohal; tingitud liiteliste protsesside pidurdusest ja kalduvusest nekroosi tekkeks anastomoosi piirkonnas (meil 2 juhul).

4. Infektsiooni generaliseerumine, kui mikroobid on resistentsed kasutatava antibiootikumi suhtes (meil 1 juhul).

5. Võivad tekkida tursed, kui ei reguleerita vedelike- ja mineraalide- ainevahetust (meil 2 juhul).

Loetletud komplikatsioonid arenesid välja eriti järgmisel haigel, kellel tekkis infektsiooni generaliseerumine antibiootikumide suhtes resistentse mikrofloora tõttu.

9-aastane poisslaps H. J., kes saabus haiglasse 31. VIII 1959. a. ägeda peritoniidi nähtudega. Operatsioonil sedastati üldist mädast peritoniiti, mis lähtunud perforatsioonist. Apendektomia, kõhuõõne drenaaž, tavaline peritoniidi üldravi. Postoperatiivselt haige paranes, 10. operatsioonijärgsel päeval aga halvenes tema seisund, avati Douglas'i ruumi abstsess. Üldseisund sellest oluliselt ei paranenud, vaid püsis raskena. 2. päeval pärast abstsessi intsisiooni alustati prednisoonkuuriga, algul suurte doosidena (50 mg×2). Üldseisund seejärel paranes, jäi püsima vaid oksendamine ja meteorism. 2. päeva hiljem intsisioonid veel roidekaarte all ja vasemal allkõhus, millest väljus rohkesti mädast. Üldseisund paranes märgatavalt, temperatuur oli normaalne, lihasepinget kõhul ei esinenud. Mõni päev hiljem avati aga veel subdiafragmaalne abstsess, edasi tekkis tsöökumis roojafistul, mille ümber soolesein progresseeruvalt nekrotiseerus; fistuli väljalülitamiseks teostatud anastomoos peensoole ja *colon transversum*'i vahel. 2. päeva hiljem tekkis pleuraempüem, 5. päeva hiljem anastomoosi dehistsents ja nädal hiljem *exitus letalis* — 50. päeval pärast esimest operatsiooni. Lahanguleid: äge perforatiivne apenditsiit, üldine mädane peritoniit sooltevaheliste abstsessidega ja roojafistulitega, eriti tsöökumi ja anastomoosi piirkonnas. Sapipõie mädane põletik, diafragma parempoolne perforatsioon ja pleuraempüem, mädane mediastiniit, mädane perikardiit ja parenhüümorganite düstroofia.

Kokku võttes kahe haigla kirurgia osakondade tähelepaneku'id tahame rõhutada AKTH ja kortikosteroidsete hormoonipreparaatide rakendamise vajadust peritoniidhaigete ravis. Peritoniidist põhjustatud raskes šoki- ja intoksikatsiooniseisundis haigetel tuleks kasutada hormoonravi kortikosteroidsete ja AKTH preparaatidega lisaks seni kasutatud peritoniidiravile. Nii õnnestub mõnikord haigeid välja tuua raskeist, isegi lootusetuna näivaist seisundest.

Seejuures tuleb silmas pidada, et vaatamata haige seisundi kiirele paranemisele kortikosteroid- ja AKTH-ravi korral kudede barjäärfunktsioon nõrgeneb ja infektsioon võib generaliseeruda. Niisuguse komplikatsiooni vältimiseks tuleb püüda kindlaks teha haigusetkitajate tundlikkus antibiootikumide suhtes ja rakendada mõjuvat antibiootikumi. Kui mikroobide tundlikkust ei ole võimalik kohe kindlaks määrata, tuleb ravi algul kasutada võimalikult laiema toimespektriga antibiootikume.

Komplikatsioonide vältimiseks tuleb hoiduda põhjendamatu pikka-dest ravikuuridest AKTH ja kortikosteroididega. Hormoonravi rakendamisel on aga vaja võimalike tüsistuste ärahoidmiseks eriti tähelepanelikult jälgida mao-sooletrakti seisundit.

KIRJANDUS

1. Гончаров В. И. Бюлл. эксперим. биол. и мед., 1955, 11. — 2. Егорова Л. И. Клинич. медицина, 1954, 6. — 3. Кулагин В. К. Вестн. хирургии, 1957, 11. — 4. Смирнов Н. П. Бюлл. эксперим. биол. и мед., 1955, 10. — 5. Эскин И. А. Клинич. медицина, 1958, 10. — 6. Юдаев Н. А. Биохимия стероидных гормонов надпочечников. М., 1956. — 7. Hart, P. D. a. Rees, R. J. Lancet v. 2, 1950, 13. — 8. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 9—18. — 9. Kinsell, L. tsit. 3, 13 järgi. — 10. Mulholland, J. H. Proc. Wirchow Med. Soc. 1951, 10. — 11. Selye, H. Brit. Med. J. v. 2, 1949, 1125. — 12. Tilling, W. tsit. 8 järgi. — 13. Williams. Textbook of Endocrinology. Philadelphia, 1957.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТОВ ПРИМЕНЕНИЕМ АКТГ И Кортикостероидных препаратов

А. Клийман, Н. Рамъялг и Э. Тезяар

Резюме

За последние несколько лет мы стали применять кортикостероидные гормоны и АКТГ в комплексе с оперативным методом лечения и другими видами современной терапии (антибиотики и т. д.) при перитонитах различного происхождения.

Опираясь на литературные данные и наши наблюдения, мы считаем, что при лечении больных с воспалительными процессами брюшной полости еще недостаточно выяснены показания и противопоказания для применения кортикостероидных гормонов и АКТГ, а также не вполне изучены все возможные сдвиги в клиническом течении перитонита, наступающие в результате изменения реактивности организма при их применении.

На основании клинических наблюдений, проведенных нами в хирургических отделениях Тартуской республиканской клинической больницы и Йыхвиской районной больницы, считаем, что при оказании неотложной хирургической помощи больным с «острым животом» кортикостероидные гормоны и АКТГ являются важными средствами лечения в комплексе с другими видами терапии. Благодаря их применению стало возможным более эффективное выведение больных из тяжелых состояний шока и интоксикации.

При хирургическом лечении больных с разлитым и ограниченным перитонитом назначение кортикостероидных гормонов или АКТГ в комплексе с антибиотиками заметно ускоряет обратное развитие воспалительного процесса. Полезно также совместное введение кортикостероидных препаратов и антибиотиков с целью предупреждения развития перитонита при наличии инфицирования брюшной полости.

У больных с перитонитом после применения кортикостероидных гормонов наблюдается значительное уменьшение проявлений характерных клинических симптомов перитонита; это нередко затрудняет установление правильного диагноза. В более поздние периоды лечения наблюдается относительно скрытое течение ограниченного перитонита, а также метастатических гнойных очагов вне брюшной полости.

При более продолжительном применении названных гормонов необходимо учитывать возможность развития язвенно-некротических процессов в органах желудочно-кишечного тракта вплоть до их перфорации.

Особенно осторожно следует подходить к назначению кортикостероидных гормонов и АКТГ больным с перитонитом, имеющим в желудочно-кишечном тракте даже незначительные деструктивные изменения воспалительного характера, так как и в таких случаях отмечается прогрессирование некроза и образование перфораций и свищей.

При оперативных вмешательствах на органах брюшной полости с наложением анастомозов следует помнить об опасности расхождения швов на почве развития некроза и подавления спаечного процесса после введения кортикостероидных гормонов и АКТГ.

MÕNINGATEST KÕRVALNÄHTUDEST JA TÛSISTUSTEST HORMOONRAVI VÄTEL

H. KANTER

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, paarast M. Boston)

Käesoleval ajal kasutatakse mitmesuguste haiguste ravis laialdaselt neerupealise kortikoide ja hüpofüüsi adrenokortikotroopset hormooni.

Üldiselt hea raviefekti juures võib aga haigeil hormoonravi vätel esineda rida hormoonide kasutamisest tingitud kõrvalnähte, millistest mõned ohustavad haige elu ja mida seepärast tuleb vaadelda kui hormoonravi raskeid tüsistusi. M. Astapenko (2) ja L. Jegorova (7) jt. andmeil on kõrvalnähtudest sagedasemad tursete teke, suurenenud higieritus, südamepekslemine, düspeptilised nähud, vererõhu tõus, eufooria, psüühika muutused. Harvemini esinevad hormoonravi kõrvalnähtudena tromboflebiit, krampid, dermatiidid, menstruaaltsükli häired, fokaalinfektsiooni ägenemine, mädaprotsessid. Ohtlikumateks tüsistusteks võivad kujuneda mao-sooletraktiga seotud kõrvalnähud (peptilise haavandi teke, haavandi perforatsioon, olemasoleva haavandtõve ägenemine).

Kõrvalnähtude tekke sagedus on erinevate autorite järgi mitmesugune, kõikudes üldiselt 20—100% vahel [L. Jegorova (7)]. Hormoonipreparaatidest kõige sagedamini kutsub kõrvalnähte esile kortisoon. Prednisooni ja prednisolooni tarvitamisel esineb düspeptilisi nähte ja haavandtõve teket sagedamini kui teiste hormoonipreparaatide puhul (7).

Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas hakati 1955. aastal hormoonipreparaate kasutama polüartriitide ravis. Käesoleva ajani on neid rakendatud 95 reumaatilise ja mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidiga haige puhul.

Käesoleva töö ülesandeks oli jälgida hormoonravi kõrvaltoimet nimetatud etioloogiaga polüartriitide puhul ja kirjeldada mõnd haruldasemat tüsistust, mis tekkis ravi jooksul neerupealise kortikoididega ja AKTH-ga.

Haigetest said kortisooni 10, AKTH-d 25, prednisooni 52 ja prednisolooni 8 isikut. Pooltel juhtudest kombineeriti ravi butadiooniga. Enamikule haigetest rakendati samaaegselt füsioterapeutilisi protseduure ja ravikehakultuuri; fokaalinfektsiooni olemasolul saneeriti infektsioonikolled, manustati antibiootikume.

Ravikuuri pikkus prednisooni ja prednisolooni puhul oli 8—43 päeva, mille jooksul haiged said keskmiselt 520 mg hormoonipreparaati. Üksikjuhtudel rakendati efektsiäilitavate dooside pikemaajalist manustamist. Kortisooni said haiged 13—28 päeva (keskmise doos ravikuuri kohta 3280 mg), AKTH-d 8—48 päeva (ravikuuri kohta keskmiselt 540 TÛ). Butadiooni saanud haigetel oli preparaadi ülddoos enamasti 10—12 g ravikuuri kohta. Seega prednisooni ja prednisolooni summaarne doos ravikuuri kohta oli üldiselt samasugune kui kirjanduses esinevates andmetes [M. Astapenko (1, 3), M. Astapenko ja J. Tokmatšov (4), L. Jegorova (6) jt.]. AKTH ja kortisooni doosid olid aga mõnevõrra väiksemad üldiselt kasutatavatest, mis oli tingitud nende preparaatide defitsiitsusest nende kasutamise alperioodil.

Hea raviefekt saavutati 88 haigel, neist 68-l nii subjektiivsete kui objektiivsete näitajate osas, ülejäänuil esines vaid subjektiivsete vaevuste kergenemine. 7 juhul hormoonravi ei andnud efekti.

Hormoonravi vätel esines 41 haigel mitmesuguseid hormoonipreparaatide kasutamisest tingitud kõrvalnähte ja tüsistusi. 70-st mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidiga haigest esines kõrvalnähte 31-l, 25-st reumatismiga haigest 10-l.

Kõrvalnähud jagunesid järgmiselt: suurenenud higieritus esines 11 juhul, tahhükardia — 8, düspeptilised nähud (iiveldus, valud epigastriumis jm.) — 8, valud südame piirkonnas — 8, une halvenemine — 2, rahutus, nutt — 1, eufooria — 1, peapööritus — 1, tursed — 3, hüpertensioon (umbes 20 mmHg süstoolse rõhu osas) — 2, nahalöövete teke — 2, rasva ladestumine näol — 1, mädaprotsessi (furunkuloos) teke — 1, tromboflebiit — 1, maohaavandi teke perforatsiooniga — 1, haavandtõve ägenemine — 2 juhul, neist 1 juhul verejooks haavandist.

Enamus kõrvalnähtudest tekkis teisel ravinädalal, välja arvatud tüsistused mao-sooletraktis, tromboflebiit, furunkuloos, rasva ladestumine näol, mis tekkisid hiljem. Osal haigeist esines ravi vältel üheaegselt 2—3 kõrvalnähtu. Ravimpreparaat AKTH kutsus esile kõrvalnähte 15 haigel 25-st, kortisoon 5 haigel 10-st, prednisoon 19-l 52-st ja prednisoloon 2 haigel 8-st. Kõik raskemad mao-sooletrakti tüsistused tekkisid prednisoon- ja prednisoloonravi ajal.

Peale eespool nimetatud kõrvalnähtude, mis tekkisid haigete statsionaaris viibimise ajal, esines ühel 24-aastaselt naishaigel pärast statsionaarse ravikuuri lõppemist kodus prednisooni efektsiäilitavate dooside edasisel kasutamisel (5 mg päevas) kahe kuu möödudes ravi algusest (pärast 610 mg prednisooni kasutamist) menorraagia, mis kestis 1 kuu. Selle tüsistuse põhjuseks võib olla mõnel haigel hormoonravi ajal tekkinud fibrinogeeni moodustumise häired [L. Jegorova (7)].

Tähelepanu väärrib maohaavandi teke ja perforatsiooni juht ühel meie ravialusel prednisoonravi ajal.

Haige Oskar M., 37 a. vana, insener, saabus haiglasse 20. 05. 1959. a. kaebustega valude üle hüppe- ja randmeliigestes, tursete üle liigeste piirkonnas. Haigestunud 1953. a., seni ravitud väga mitmesuguste vahenditega. Viibinud korduvalt statsionaarsel ja sanatoorsel ravil. Kõigele vaatamata progresseerus haigus pidevalt. Viimase aasta jooksul halvenes seisund sedavõrd, et pidi kogu tööst vaba aja veetma voodis tugevate liigesevalude tõttu, peamiselt hüppeliigestes. Haiglasse saabumisel esines randme- ja hüppeliigeste piirkonnas mõõdukas turse, parema hüppeliigese piirkond oli kergelt deformeerunud, nimetatud liigese liikuvus oli tugevasti piiratud, kaasnes valulikkus. Südame patoloogiat ei avastatud. Kliiniline põhidiagnoos: *polyarthritidis infectiosa chronica deformans*. Vere analüüs saabumisel: SR 26 mm/t, leukots. 5450, kupuproov positiivne. Haigele ordineeriti prednisooni ja butadiiooni kombineeritult. Juba kolmandal ravipäeval täheldas haige märkatavat valude vähenemist liigestes. 11. ravipäevaks olid tursed liigeste piirkonnast kadunud, liigutused liigestest vabad, välja arvatud parem hüppeliiges, kus röntgenoloogiliselt täheldati ankülootilisi muutusi. Vere analüüs 4. 06. 1959. a.: SR 9 mm/t, leukots. 9100, kupuproov negatiivne. 23. 05.—13. 06. 1959. a., s. o. 22 päeva jooksul sai haige prednisooni 490 mg ja butadiiooni 9,9 g.

Haige anamneesist oli teada, et alates 1955. aastast oli tal vahetevahel esinenud rõhitisi. 1958. aastal oli haigel diagnoositud anatsiidset gastriiti (vaba HCL 0, üldhappesus 2—10, esines inertne sekretsioonitüüp). Kogu prednisoonravi vältel haigel mao-sooletrakti vaevusi ei esinenud. 8. 06. 1959. a. (17. ravipäeval) teostati haigel maomahla uuring, kus leiti: vaba HCL 0—50, üldhappesus 24—70, esines trepikujuliselt tõusev sekretsioonikõver. Seejärel avastati maoröntgenoskoopial mao hüpotoonia ja hüpersekretsioon. 12. 06. ordineeriti haigele *Magnesium usta* 0,5 3 korda päevas, ehkki haigel endiselt puudusid maoga seotud vaevused. 13. 06. esinesid haigel kahel korral (kell 16.00 ja 20.45) hoogvalud ülakõhus, mis möödusid aga papaveriini manustamisel. Kell 24 tekkis haigel küljele pöördumisel kõhus äkki äge, terav valu («nagu oleks noaga löödud»), mis kiirgus paremasse õlga ja abaluu-piirkonda. Kõhukatted olid palpatsioonil väga pingul, üle kogu kõhu esines tugev palpatoorne valulikkus. Keel kaetud valge katuga, kuiv. Leukotsütoos 12.800. Haige üle viidud kirurgiaosakonda kahtlusega maoperforatsioonile. Laparotoomial avastati mao prepüloorses osas väike, paarimillimeetrise läbimõõduga värskete seintega vallita ja põletiku tunnusteta haavand, mis perforeerunud kõhuõõnde. Perforatsiooni koht ömmeldi üle. Postoperatiivne kulg tüsistusteta. Haige lahkus haiglast 27. 06. 1959. a. heas üldseisundis. Maoga seotud vaevusi ei esinenud, esines valulikkus vaid paremas hüppeliigeses.

Käesoleval juhul oli tegemist prednisoonravi foonil tekkinud värsket maohaavandiga ja selle perforatsiooniga.

Üldiselt on teada, et neerupealise kortikoidid ja AKTH suurendavad soolhappe ja pepsiini sekretsiooni maolimaskest näärmete poolt, tõstes pepsiini peptilist aktiivsust ja nõrgendades samal ajal maolimaskest resistentsust seedemahlade toime suhtes [I. Boquien ja Herbouller (13), E. Errigo (14) jt.]. Võib arvata, et haavandi teket maolimaskestal soodustavad ka hormoonravi vältel tekkivad vaskulaarsed muutused difuusse nekrotiseeruva arteriidi ja periarteriidi näol [J. Kemper ja kaasautorid (17)]. Kirjanduses esineb andmeid reumatoidset artriiti põdevate haigete erilise disponeerituse kohta haavandtõve tekkeks [S. Hyman ja F. Steigmann (16)].

Kirjeldatud haigusjuhu puhul on võimalik, et haavandi tekkes etendas teatud osa ka butadiioon, millel on samuti seedetrakti ärritavaid omadusi: tõstab maohappesust ja võib esile kutsuda peptilise haavandi teket [V. Harlašin (11)] või selle ägenemist [N. Beklemišev (5), J. Kreindlin (9)]. See butadiiooni kõrvaltoime seletub mõne autori järgi sellega, et butadiioon toimib neerupealiste koorolluse aktiveerimise kaudu [N. Beklemišev (5)].

Meie poolt jälgitud haigetel ilmnis kahel juhul juba aastate eest paranenud haavandtõve taasteke. Ühel haigeist (mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidiga 61-aastane naispatsient) oli viimase 5 aasta jooksul röntgenoloogiliselt diagnoositud maohaavandijärgset armi maokorpuse osa tagaseinal. Käesoleval aastal kasutati haige juures polüartriidi raviks esmakordselt prednisolooni. Ravi ajal tekkisid haigel valud maopiirkonnas. 15. ravipäeval pärast prednisolooni ülddoosi (255 mg) saamist avastati tal röntgenoskoopiliselt uuesti nišš maokorpuse tagaseinas.

Ühel juhul kaasus kaksteistsõrmiksoole haavandi ägenemisele verejooks haavandist.

Haige Maie T., 31 a. vana, saabus ravile 9. 03. 1960. a. kaebustega valudele sõrme-, õla- ja põlveliigestes ning palaviku esinemisele öhtuti. Haigestunud 3 nädalat tagasi pärast angiini põdemist. Objektiivselt esines kerge turse sõrmeliigeste piirkonnas. SR 31 mm/t, kupuproov positiivne. Diagnoositud subakuutset reumaatilist polüartriiti ja kroonilist tonsilliiti. Patsient sai 24-päevase haiglasviibimise jooksul 1000 mg kortisooni peroraalselt ja 200 mg hüdrokortisooni periartikulaarselt, mille järel teostati tonsillektomia. Haiglast lahkunult tarvitas ta mai algul kodus arsti soovitusel prednisolooni 5 mg 2 korda päevas. Prednisoloonkuuri 9. päeval tekkis haigel äkki jõuetustunne, peapööritus ja silmatorkav kahvatus. Väljaheide olnud must. Mingeid kõhukoopaelundite vaevusi pole esinenud. Patsient saabus teistkordselt siseosakonda 16. mail. Liigeste suhtes ägenemise rähete ei esinenud. Nahk ja nähtavad limaskestad olid kahvatud, keel kaetud kerge valkja katuga. Kõht pehme, palpatsioonil valulikkuseta. SR 21 mm/t, Hgb 36, erütrots. 2.300.000, leukots. 10.800. *Faeces*'e analüüsis quajak-proov ++++. Röntgenoloogiliselt esines *bulbus duodeni* keskosas suur kontrastaine laik, mida ümbritses lai vall ja kuhu koondus limaskestast voldilisus. Kliinilisteks diagnoosideks pandud *ulcus duodeni*, *haemorrhagia ex ulcere*, *polyarthritis rheumatica*. Anamneesi täpsustamisel selgus, et paari aasta eest esines haigel kõhuvalusid pärast söömist ja uuringutel oli diagnoositud kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe. Viimase aasta jooksul pole aga haigel mingeid vaevusi esinenud, ta ei pööranud oma haigusele enam tähelepanu ja ei meenutanud seda ka anamneesi andmisel.

Kirjeldatud haigusjuht on huvitav sellepärast, et antud juhul tekkis haavandtõve ägenemine väikeste prednisolooni dooside (80 mg) kasutamise järel, ehkki ei saa eitada ka eelneva kortisoonkuuri toimet.

Haavandtõve teke või ägenemine hormoonravi vältel on üldiselt haruldane tüsistus. S. Hyman ja F. Steigmann (16) leidsid maohaavandi teket 3,5—7,5% reumatoidse artriidi juhtudest, mida raviti steroididega. S. Tarnopolsky (18) andmeil tekkis peptiline haavand aga 3 haigel 18-st ravitust. R. Turner ja W. Kanenson (19) leidsid 132 steroidravi saanud reumatoidse artriidiga haigest vaid ühel juhul duodeenumi haavandi ägenemist. L. Jegorova (7) ei täheldanud 135 haigest, kes said hormoonravi, ühelgi juhul tüsistusi mao-sooletraktis.

Ka tromboflebiit ja allergilised lööved kortikoid- ja AKTH-ravi jooksul kuuluvad haruldaste tüsistuste hulka. L. Jegorova ja L. Sirjatskaja (8) kirjeldavad osal haigeist kortisoonravi ajal vere protrombiini sisalduse tõusu, mis võib soodustada tromboembooliliste tüsistuste teket. M. Astapenko (2) andmeil tüsistub hormoonravi tromboflebiidi tekkega 0,8% juhtudest. Ka G. Geyer (15) loeb tromboose haruldasteks tüsistusteks hormoonravi ajal. Nahalöövete teket AKTH-ravi vältel kirjeldavad E. Tarejev (10), aga samuti T. Bielicky ja J. Milan (12) jt.

Nende haruldaste tüsistuste suhtes on huvipakkuv nii allergilise lööve kui ka tromboflebiidi teke ühel meie vaatluse all olnud haigel.

Lidia G., 22 a. vana, saabus korduvale ravile retsidiveeruva reumaatilise polüartriidi tõttu 20. 03. 1958. a. Õla-, küünar-, põlve- ja hüppeliigete piirkonnas esines turse, küünarliigese liikuvus oli piiratud. Haigele määrati AKTH-d 15 ühikut 2 korda päevas. 4. ravipäeval ilmus haigel küünar- ja põlveliigete piirkonda urtikaarset laadi nahalööve, mis järgmiseks päevaks laienes üle kogu keha. Esines tugev naha sügelemine, subfebriilne temperatuur. Kaltsiumkloriidi 10%-lise lahuse ja dimedrooli lülitamisega raviskeemi ja AKTH ärajätmisel möödusid nädal 3 päeva jooksul, mille järel AKTH-ravi jätkati. 17. ravipäeval, mil haige oli saanud kokku 510 TÜ hormooni, tekkis vasakule säärele turse ja valulikkus, mis hiljem laienes üle kogu jala. Esines lokaalne nahatemperatuuri ja kehatemperatuuri tõus. Diagnoositi vasaku jala süvaveenide tromboflebiiti. AKTH ärajätmisel ja vastava ravi rakendamisel vähenesid tromboflebiidi nähud järk-järgult, vaatlust ei saadud aga lõpetada, kuna haige oli sunnitud kodustel põhjustel haiglast lahkuma.

Kokkuvõtte

Hormoonravi AKTH ja neerupealise kortikoididega annab reumaatilise ja mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidi puhul enamasti kiire raviefekti, kuid pole kaugeltki indferentne organismi üldseisundi suhtes. Kuna glükokortikoidide antiallergiline toime pole ei spetsiifiline ega füsioloogiline, vaid puhtfarmakoloogiline, siis on nende doseering individuaalne iga haigusjuhu suhtes.

Hormoonravi annab ligi pooltel juhtudest kõrvalnähte, millest enamus on kerged ega mõjusta erilisel põhihaiguste ravi. Esineb aga ka rida raskekujulisi tüsistusi, mis nõuavad energilist medikamentooset või kirurgilist ravi ja võivad lõppeda letaalselt.

Raskeimateks tüsistusteks hormoonravi vältel on peptiliste haavandite tekkimine ja perforatsioon maos ning kaksteistsõrmiksooles, aga samuti olemasoleva haavanditõve ägenemine ja verejooks haavandist. Seepärast on vajalik enne hormoonravi määramist ja ka selle ajal uurida igakülgset seedetrakti.

Seedetrakti haiguste olemasolul tuleb hormoonravisse suhtuda suure ettevaatusega. Eriti kehtib see kombineeritud hormoon+butadioon-raviskeemi rakendamise kohta.

Peptiliste haavandite tekkimine, nende perforatsioon, haavanditõve ägenemine ja verejooks haavandist hormoonravi ajal kulgevad varjatult, ilma neile omase kliinilise pildita, mis raskendab nende diagnoosimist.

Et hormoonravi vältel esineb ka rida teisi raskekujulisi tüsistusi, peavad nii arstid kui ka keskharidusega meditsiinipersonal väga tähelepanelikult jälgima haige üldseisundit ravi ajal ja vähimagi kahtluse puhul võtma ette lisauuringuid.

Mitmekesised kõrvalnähud ja tüsistused hormoonravi vältel ei kahanda viimase väärtust reumaatiliste ja mittespetsiifiliste infektsioosete polüartriidide ravis.

KIRJANDUS

1. Астапенко М. Г. Терап. архив. 1954, 4, 23—32. — 2. Астапенко М. Г. Сов. медицина, 1959, 8, 68—75. — 3. Астапенко М. Г. Терап. архив, 1960, 2, 41—47. — 4. Астапенко М. Г., Токмачев Ю. К. Сов. медицина, 1959, 1, 90—95. —

5. Беклемишев Н. Д. Клинич. медицина, 1959, 3, 18—26. — 6. Егорова Л. И. Клинич. медицина, 1954, 6, 39—47. — 7. Егорова Л. И. в книге «Ревматоидный артрит», под ред. Е. М. Тареева, М., 1959, 175—245. — 8. Егорова Л. И. Сирятская Л. Н. Сов. медицина, 1957, 3, 81—85. — 9. Крейндлин Ю. З. Сов. медицина, 1959, 3, 112. — 10. Тареев Е. М. Сов. медицина, 1955, 3, 3—10. — 11. Харлашин В. И. Клинич. медицина, 1959, 3, 93—94. — 12. Bielicky, T. Milan, J. Ceskosl. dermatol., 1954, 29, 3, 205—210. Tsit. Реф. журнал биохимии, 1955, 17, 12, 112. — 13. Boquien, Y., Herbouiller. Arch. mal. appar. dig. 1957, 46, 7—8, 676—680. Tsit. Медиц. реф. журнал, 1958, разд. 1, 6, 39. — 14. Errigo, E. Folia allergol., 1954, 1, 3—4, 341—348. — 15. Geyer, G. Wien. med. Wochenschr., 1959, 30/31, 616—624. Tsit. Экспр.-информ., 1959, 37. — 16. Human, S., Steigman, F. Quart. bull. North univ. med. school, 1957, 31 3, 213—217. Tsit. Медиц. реф. журнал, 1959, разд. 1, 5, 47. — 17. Kemper, J. W., Baggenstoss A. H., Slocumb, C. H. Ann. intern. med., 1957, 46 5, 831—851. — 18. Tarnopolsky, S. Semaine med. 1956, 109, 11, 448—451. — 19. Turner, R. F., Kanenson, W. L. J. A. M. A., 1957, 163, 3, 225—228.

О НЕКОТОРЫХ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЯХ И ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Х. Кантер

Резюме

Лечение больных ревматическим и неспецифическим полиартритами кортикоидами надпочечников и адренокортикотропным гормоном сопровождается побочными явлениями, частота которых, по литературным данным, колеблется от 20 до 100%. По нашим данным, они встречались у 41 больного из 95. леченных гормонами.

Из явлений побочного действия АКГГ и кортикоидов наиболее частыми являются: усиленное потоотделение, сердцебиение, диспептические явления, боли в области сердца, изменения психики; реже появляются тяжелые осложнения в виде возникновения язвенной болезни желудка или ее обострения с кровотечением из язвы или прободением в брюшную полость. Мы описываем 3 подобных случая, которые протекали скрыто, без типичной для них клинической картины.

При наличии в анамнезе указаний на перенесенные больными заболевания желудка или двенадцатиперстной кишки следует с большой осторожностью относиться к назначению лечения гормональными препаратами надпочечников или гипофиза.

HINGAMISTEEDE ÄGDATE HAIGESTUMISTE ETIOLOOGIAST

(Kirjanduse ülevaade)

L. MÖLLER

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat A. Jannus)

Viimastel aastatel pööratakse kogu maailmas suurt tähelepanu hingamisteede ägedate haigestumiste küsimusele. Hingamisteede ägedad haigestumised on väga laialdaselt levinud, esinevad sageli epideemiadena ning moodustavad seetõttu olulise probleemi nii tervishoiu kui ka rahvamajanduse seisukohalt. Näiteks on Ždanovi (5) andmetel Nõukogude Liidus nimetatud haigestumised ajutise töövõimetuse põhjusteks 12—14% juhtudest, kusjuures viimase 9—10 aasta jooksul on täheldatud nende erikaalu tunduvat kasvu.

Hingamisteede ägedad haigestumised moodustavad suure haiguste grupi, mida iseloomustavad põhiliselt põletikulised nähud. Seejuures võib sümptomatoloogia oma raskuselt olla väga erinev, alates lihtsast nohust ja lõpetades primaarse atüüpilise pneumooniaga.

Hingamisteede ägedate haigestumiste etioloogias pole veel kõik lõplikult lahendatud. Pärast gripiviiruste isoleerimist 1936. a. jaotati kõik hingamisteede ägedad haigestumised kahte rühma. Üks rühm koosnes gripiviirustest põhjustatud haigestumistest, teise rühma kuulusid gripiga sarnased, kuid mitte griposse etioloogiaga haigestumised. Viimaseid nimetati mitmeti (sesoonikatarrid, hingamisteede ägedad katarrid, febrilised katarrid jne.) ning nende põhjustajateks peeti tingimisi nina- ja kurguruumi patogeenset mikrofloorat [Epštein (8)]. Alles viimastel aastatel on selgunud, et väga rohkearvuliselt esinevate hingamisteede ägedate mittegripossete haigestumiste diagnoosiga kulgeb terve rida erineva etioloogiaga haigestumisi. On teada, et nimetatud haigestumistega on etioloogiliselt seotud suur grupp hiljuti avastatud hingamisteede viiruseid (adenoviiruste, paragripossete viiruste jt. viiruste perekonnad), mõned seedetrakti viirused (ECHO ja Coxsackie), herpes simplex'i ja oritoosi-psittakoosi viirused, Q-palavikku tekitavad riketsiad ning mitmesugused bakterid (peamiselt strepto- ja stafülokokid). Seejuures umbes pooltel hingamisteede ägedate haigestumiste uuritud juhtudel pole suudetud isoleerida mingisuguseid tekitajaid (kaasa arvatud gripiviirused) (25).

Suurim osatähtsus hingamisteede ägedate haigestumiste etioloogias on tõenäoliselt viirustel. Kaasaja andmete järgi on enam kui 90% hingamisteede infektsioonihaigustest viirusliku etioloogiaga (19). Milline on üksikute viiruste osa hingamisteede ägedate haigestumiste etioloogias, pole veel lõplikult selge. Hiljuti avastatud viirustest omistatakse suurimat tähtsust adenoviirustele.

Adenoviirused

Adenoviirused isoleeriti 1953. a. Ameerika Ühendriikides Rowe, Huebneri ja kaastöötajate poolt (44). Tänapäeval tuntakse nimetatud viirustest 18 erinevat seroloogilist tüüpi. Kõikidel tüüpidel on ühine komplementi siduv antigeen ja ühised bioloogilised omadused. Adenoviirused on resistentsed sulfaniilamiidide, antibiootikumide ja eetri suhtes. Adenoviirused taluvad temperatuuri kuni -80° , toatemperatuuril püsivad infektsioossetena 10–12 päeva, kuid $+56^{\circ}$ juures hävivad 30 min. jooksul. Nimetatud viirused tekitavad karakterseid muutusi epiteelirakkude koekultuuridel, kuid pole patogeensed tavaliste katseloomade suhtes (3, 14, 28, 30, 45).

Adenoviirused tekitavad inimestel hingamisteedes ja konjunktiividel varieeruva raskusega limaskestapõletikke, millega kaasneb submukoosse lümfikoe hüperplaasia ja regionaarsete lümfisõlmede suurenemine.

Inkubatsiooniaeg adenoviiruslike haigestumiste puhul on keskmiselt 4–6 päeva. Kliinilist pilti iseloomustab haigestumise järsk algus küllalt kõrge temperatuuriga ($38-40^{\circ}$), peavalud, kurguvalud, mõnikord ka lihasevalud ja köha. Objektiivselt esineb sageli kurgu punetus, angiini-nähud, regionaarsete lümfisõlmede suurenemine, konjunktiviit. Võib esineda ka alumiste hingamisteede kaasahaaramine patoloogilisesse protsessi — trahheobronhiit, pneumoonia. Haiguse kestus on keskmiselt 5–8 päeva. Intoksikatsioon on vähene, eriti haiguse alguses. Erandi selles osas moodustavad pneumooniad, mis kulgevad tugeva intoksikatsiooniga ja võtavad kiiresti ähvardava iseloomu, eriti lastel alla 1 aasta vanuses (1, 2, 22).

Adenoviiruste erinevate seroloogiliste tüüpide poolt tekitatud haigestumiste puhul võivad domineerida ühed või teised kliinilised sümptoomid. Vastavalt sellele võib adenoviiruslik haigestumine kulgeda erinevate kliiniliste diagnoosidega (7, 13, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 48). Haigestumist tekitavate adenoviiruste serotüüpide seost haigestumise kliinilise diagnoosi ja kliinilise pildiga näitab tabel (vt. lk. 46).

**Adenoviiruste erinevate serotüüpide poolt tekitatud haigestumiste
kliiniline diagnoos ja kliiniline pilt**

Haigestumise kliiniline diagnoos	Haigestumise kliiniline pilt	Haigestumist tekitavad adenoviiruste serotüübid
Hingamisteede äge katarr	Gripisarnane haigestumine	3, 4, 7, 14
Farüngokonjunktivaalne palavik	Temperatuuri tõus, farüingiit, 1- või 2-poolne konjunktiviit	3, 7
Viiruslik pneumoonia ehk primaarne atüüpiline pneumoonia	Raske kuluga pneumoonia. Esineb sageli varaealistel lastel	3, 7
Farüingiit	Raske kuluga farüingiit. Esineb varaealistel lastel	1, 2, 3, 5
Epideemiline keratokonjunktiviit	Silma sarv- ja limaskestastõsine haigestumine, mis võib jätta pikemaajalised korneaalopatsiitideid	8 (isoleeritud), ka 3 ja 7
Follikulaarne konjunktiviit	1- või 2-poolne konjunktiviit	2, 3, 6, 7, 8, 9
Katuline konjunktiviit	Silmadifteeriaga sarnanev haigestumine. Tavaliselt kaasnevad patoloogilised nähud ülemistes hingamisteedes	3
Ebaselge haigestumine patoloogiliste nähtudega ülemistes hingamisteedes ja seedetraktis	Temperatuuri kõrgenemine, ülemiste hingamisteede katarr, iiveldus, kõhuvalu, diarröa	3, 7

Adenoviiruslike haigestumiste diagnoosimiseks on vaja teostada spetsiaalseid viroloogilisi ja seroloogilisi uuringuid. Nina-, kurgu- ja konjunktiviidi limast saadud materjalidega nakatatakse koekultuurid, mille muutuste põhjal on võimalik kindlaks teha tsütopatoogeenne agens. Lõpliku diagnoosi annab seroloogiline uuring — spetsiifiliste antikehade määramine paarisserumites. Seejuures on haiguse rekonvalesentsstaadiumis võetud vereseerumis antikehade tiiter vähemalt 4 korda kõrgem kui haiguse ägedas järgus võetud vereseerumis.

Adenoviirusliku haigestumise järgselt tekib küllalt püsiv immuunsus haigestumist tekitanud serotüübi suhtes (24, 34, 47).

Adenoviiruslik haigestumine võib esineda kõikidel aastaagadel ning haarab sageli terveid kollektiive. Levik toimub piiskinfektsioonina ja esemete saastumise teel. Kontagioossus on suur — haigestub 60—80% kõikidest vastuvõtlikkudest (s. o. vastava serotüübi antikehi mitteomavatest) inimestest. Viirus eritub organismist nina, kurgu ja konjunktiviidi sekreedi ning fekaalidega. Adenoviiruste osatähtsus hingamisteede haiguste põhjustajatena on eriti suur väikelaste hulgas, Ameerika Ühendriikides ka sõjaväelastel (2, 26, 29).

Adenoviiruste üldist laialdast levikut tõestavad elanikkonna immuunsusseisundi uuringud. Maailma erinevates kohtades uuritud täiskasvanud inimestel on peaaegu kõikidel leitud vähemalt ühe adenoviiruste serotüübi antikehasid (2, 43).

Spetsiifilist ravi adenoviiruslike haigestumiste puhul ei ole. Profülaktikana tuleb kõne alla vaktsineerimine, mis praegu on veel katsejärgus (12, 27, 46).

Paragripoossed viirused

Paragripoossete viiruste perekonda kuuluvad järgmised hiljuti avastatud [Andrewes, Bang jt. (11)] müksoviirused.

1. Sendai viirus ehk gripi D-tüübi viirus ja hemadsorbeeriv viirus 2 (HA-2).

2. Viirus CA.

3. Hemadsorbeeriv viirus 1 (HA-1).

Sendai viirus põhjustab imikutel ja vastsündinutel küllalt sageli raske pneumoonia või meningiidi pildiga haigestumise, mis võib lõppeda letaalselt. Nõukogude Liidus on Sendai viirust isoleeritud täiskasvanud haigetelt gripi kliinilise pildiga haigestumise puhul (4). Elanikkonna immuunsusseisundi uurimiste alusel oletatakse, et Sendai viirus tsirkuleeris Ameerika Ühendriikides juba mõni aasta tagasi (33), kuid Nõukogude Liitu ilmus alles hiljuti (6).

Viirust CA (croup association) on isoleeritud lastelt abakteriaalse difteeriasündroomi puhul (15), samuti ka seoses hingamiselundite kergete haigestumiste ja pneumooniaga (21). Immunoloogilistel uuringutel on leitud, et 25% laste ja 90% täiskasvanute vereseerumitest sisaldavad viiruse CA antikehi. See näitab nimetatud viiruse laialdast levikut elanikkonna hulgas.

Hemadsorbeerivad viirused 1 ja 2 (HA-1 ja HA-2) on isoleeritud lastelt hingamisteede gripisarnaste haigestumiste puhul (17, 39, 40). Nõukogude Liidus on isoleeritud viirust HA-2 Leningradis väikelaste kollektiivis pneumoonia puhangu ajal.

Teised hiljuti avastatud hingamisteede viirused

Terve rida 1956.—1959. a. avastatud hingamisteede viiruseid tekitab võrdlemisi sarnase kliinilise pildiga, peamiselt kergeid haigestumisi. Nimetatud viiruseid eristatakse adenoviirustest ja paragripoossetest viirustest ning nimetatakse ühise nimetusega — teiste hiljuti avastatud hingamisteede viiruste perekond. Siia kuuluvad järgmised agensid: common cold'i viirus, viirused JH, 2060, CCA, U ja Coe.

Common cold ehk nakkav nohu on kerge äge nakkushaigus. Kliiniliselt iseloomustab seda aevastamine, eksudatsioon ninast, nina limaskestast punetus. Sageli kaasneb pisaratevool. Võib lisanduda köha. Harva esinevad angiinähud ja regionaarsete lümfisõlmede suurenemine. Temperatuur kõrgeneb harva. Kulg on kerge, ilma üldintoksikatsioonita. Haiguse kestus on 2—14 päeva. Nakkavale nohule iseloomulikud sümptoomid esinevad ka hingamisteede teiste haigestumiste puhul, kuid siis lisandub mitmeid teisi nähte.

Common cold'i infektsioosne iseloom on tõestatud laialdastes katsetes vabatahtlikkudega (10, 11). Common cold'i epidemioloogia kohta on aramus, et viirus tõenäoliselt tsirkuleerib linnades alati. Enamus inimesi paraskliima vöötmes haigestub nohusse 2—3 korda aastas. Individuaalne resistentsus ja immuunsus on madalad. Immunoloogiat, profülaktikat ja ravi on vähe uuritud.

Viiruse JH isoleeris Preece (42) common cold'iga sarnaneva haigestumise puhul. Immunoloogilistel uuringutel on 20%—1 üle 8 aasta vanustel inimestel leitud JH antikehasid, mis näitab elanikkonna kokku puudet nimetatud viirusega.

Viiruse 2060 infektsiooni kliinilist pilti iseloomustab nohus-sündroom, kerge kurgupõletik, temperatuur 38° piirides (36, 37). Tervete inimeste vereseerumites on leitud vastavaid antikehi küllalt kõrges tiitris.

Viirus CCA (chimpanzee coryza agens) põhjustab täiskasvanud inimestel nohusarnast haigestumist, kuid väikelastel teki-

tab raske kuluga pneumooniat ja trahheobronhiiti (18). Nimetatud viirus on elanikkonna hulgas väga laialdaselt levinud (16).

Viirus U (Upsala) isoleeriti Philipsoni (41) poolt haigete laste kurguuhetest ja fekaalidest. Haigust iseloomustas järsk algus, temperatuuri kõrgenemine ja mittedifteerilise krupi sündroom.

Viirus Coe on etioloogiliselt seotud common cold'iga sarnaste haigestumistega, kuid on isoleeritud ka hingamisteede tõsisemate haigestumiste (farüüngiit, trahheobronhiit) puhul (38).

Esitatud ülevaatest selgub, et hingamisteede ägedate haigestumiste ehk tavaliste külmetushaiguste etioloogia on suur tähtsus seni veel vähe uuritud viirustel. Massiliselt esinevate hingamisteede haigestumiste vähendamiseks on vaja lõplikult välja selgitada nende etioloogia, mis annaks võimaluse leida efektiivseid ravi- ja profülaktikavahendeid.

Käsitletud viiruste avastamisele ja uurimisele on asutud ka Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis.

KIRJANDUS

1. Дрейзин Р. С. Клинич. мед., 1959, 5, 8—24. — 2. Дрейзин Р. С. Тез. докл. научн. сессии АМН СССР, 1959, 12—14. — 3. Дрейзин Р. С., Трубина Л. М. Acta virologica, 1958, 2, 84—89. — 4. Гернгросс О. Г. Вopr. Вирусологии, 1957, 2, 73—77. — 5. Жданов В. М. Тез. докл. научн. сессии АМН СССР, 1959, 3—5. — 6. Лузянина Т. Я., Гефт Р. А. Вopr. Вирусологии, 1958, 4, 234—235. — 7. Пашкевич Г. С., Королькова О. Н. Дрейзин Р. С. Педнария, 1959, 10, 66—69. — 8. Эпштейн Ф. Г. Клинич. мед., 1958, 1, 3—12. — 9. Andrewes, C. H. Lancet, 1949, 71—75. — 10. Andrewes, C. H. Brit. Med. Bull., 1953, 9, 3, 206—213. — 11. Andrewes C. H., Bang, F. B. Virology, 1959, 8, 1, 129. — 12. Bell, J. A., Hantover, M. J. J. Amer. Med. Assoc., 1956, 161, 16, 1521—1525. — 13. Bell, J. A. J. Amer. Med. Assoc., 1955, 157, 13, 1083—1092. — 14. Boun, G. S., Leuchtenberger, C., Ginsberg, H. S. J. Exper. Med. 1957, 105, 3, 195—201. — 15. Chanock, R. M. J. Exper. Med., 1956, 104, 4, 555—575. — 16. Chanock, R. M., Finberg, L. Amer. J. Hyg., 1957, 66, 3, 281—290. — 17. Chanock, R. M., Parrot, R. H., Bell, J. A. Ref.: Реф. Журн. Биология, 1959, 8, 75. — 18. Chanock, R. M., Roizman, B., Myers, R. Amer. J. Hyg., 1957, 66, 3, 281—290. — 19. Dingle, J. H. Tsit. Amer Review resp. Diseases, 1959, 80, 3, 315—325. — 20. Gardner, P. S., McGregor, C. M., Dick, K. Brit. Med. J., 1960, 9, 91—94. — 21. Gardner, P. S., Stanfield, I. P., Wright, A. E. Brit. Med. J., 1960, 9, 1077, 1084. — 22. Ginsberg, H. S., Dingle, J. H. Klin. Wochenschr., 1957, 35, 4, 153—156. — 23. Glander, R., Harnack, G. A., Lippelt, H. Deutsche med. Wochenschr., 1956, 81, 1147—1149. — 24. Grayston, F. J. Jt., J. Infect. Diseases, 1956, 99, 119—206. — 25. Griebble, F. Jt., Amer. J. Med. Sci., 1958, 235, 3, 245—260. — 26. Hillemann, M. R. Military med., 1958, 123, 1, 23—30. — 27. Hillemann, M. R., Stalloness, R. A. Proc. Soc. Exptl. Biol. a. Med., 1956, 32, 2, 377—383. — 38. Hillemann, M. R., Werner, J. H. Proc. Soc. Exptl. Biol. a. Med., 1954, 183—188. — 29. Huebner, R. J., Rowe, W. P., Chanock, R. M. Ann. Review Mikrobiol., 1958, 12, 49—76. — 30. Huebner, R. J. Jt., New England j. Med., 1954, 251, 1077—1086. — 31. Jawetz, E. Jt., Arch. Internal. Med., 1956, 98, 1, 71—79. — 32. Jawetz, E. Jt., Proc. Soc. Exptl. Biol. a. Med., 1956, 92, 91—95. — 33. Jensen, K. E., Minuse, E., Ackermann, V. W. Amer. J. Hyg., 1955, 75, 1, 71—77. — 34. Katz, S. Jt. J. Immunol., 1957, 78, 2, 118—122. — 35. Kjellen, L., Lettenberg, B., Svedmyr, A. Acta Paediatr., 1957, 46, 6, 561—565. — 36. Mogabgab, W. J., Pelon, W. Ref.: Реф. журн. Биология, 1958, 16, 65—37. Pelon, W. Jt., Proc. Soc. Exptl. Biol. a. Med., 1957, 94, 2, 262—267. — 38. Pereira, M. S., Pereira, H. G., Lancet, 1959, 7120, 539—541. — 39. Petersen, K. B., Acta Pathol. et Microbiol. Scand., 1959, 45, 2, 223—233. — 40. Petersen, K. B., Magnus, P. Danish med. Bull. 1958, 54, 157—159. — 41. Philipson, L., Acta Paediatr., 1958, 6, 611—625. — 42. Preece, W. H., Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 1959, 42, 12, 892—896. — 43. Rowe, W. P., Huebner, R. J., Amer. J. Trop. Med., 1956, 5, 3, 453—466. — 44. Rowe, W. P., Huebner, R. J., Gilmore, L. K. Proc. Soc. Exptl. Biol. a. Med., 1953, 84, 570—573. — 45. Rowe, W. P., Huebner, R. J., Hartley, J. W., Amer. J. Hyg., 1955, 61, 2, 197—218. — 46. Stalloness, R. A. Jt., J. Amer. Med. Assoc., 1957, 163, 1, 4—9. — 47. Zaiman, E., Postgrad., Med. J., 1956, 32, 371, 426—429. — 48. Vivell, O. Deutsche med. Wochenschr., 1957, 3, 114.

ОБ ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Л. Меллер

Резюме

До последнего времени массовые острые заболевания дыхательных путей подразделялись на грипп и сезонные катары, или обычные простудные заболевания. Исследованиями последних лет установлено, что в этиологии сезонных катаров главное место занимают вирусные инфекции, при этом важную роль играют недавно открытые вирусы дыхательных путей.

К ним принадлежат группы аденовирусов, парагриппозных вирусов и другие.

Группа аденовирусов объединяет 18 серотипов. Аденовирусы вызывают острые заболевания дыхательных путей и глазные инфекции. Чаще заболевают дети, причем течение болезни у детей раннего возраста тяжелее. Аденовирусная инфекция вызывает ряд различных синдромов: острый катар дыхательных путей, фарингоконъюнктивальную лихорадку, фарингит, первичную атипичную лихорадку, эпидемический кератоконъюнктивит, фолликулярный конъюнктивит, плепчатый конъюнктивит и неопределенное заболевание с патологическими явлениями дыхательного и пищеварительного трактов. Диагноз ставится на основании вирусологических и серологических исследований. Контагиозность аденовирусной инфекции велика. Аденовирусные вспышки часто отмечаются в коллективах, специфическое лечение отсутствует.

К парагриппозным вирусам относятся: вирус Сендай, или вирус гриппа типа Д, вирус СА (*croup association*) и гемадсорбирующие вирусы 1 и 2 (НА-1 и НА-2). Вирус Сендай вызывает у детей раннего возраста тяжелые заболевания с клинической картиной пневмонии или менингита, у взрослых людей этот вирус изолирован при гриппоподобных заболеваниях. Вирус СА связан с абактериальным дифтерийным синдромом, а также с тяжелыми заболеваниями дыхательных путей у детей раннего возраста. Вирусы НА-1 и НА-2 вызывают главным образом заболевания с клинической картиной гриппа.

К другим недавно открытым вирусам дыхательных путей относятся вирусы *common cold, 2060, CCA, U* и *Coe*. Вирусы этой группы вызывают главным образом легкие острые заболевания дыхательных путей.

Для снижения этих массовых заболеваний необходимо окончательно выяснить их этиологию с целью разработки эффективных лечебных и профилактических мероприятий.

STRONGÜLOIDOOSIST

M. OVTSINNIKOV

Kodumaises meditsiinilises kirjanduses leidub kuni 1942. aastani ainult üksikuid strongüloidoosijuhtude kirjeldusi. Alles hiljem hakkasid ilmuma teated autoritelt, kel oli võimalik jälgida juba rohkem haigeid (N. Šihhobalova, N. Semjonova jt.).

Strongüloidoos võib anda raske kliinilise pildi, kusjuures ilmnevad mao- ja sooletrakti, maksa, sapiteede kui ka närvisüsteemi kahjustuste sümptomid.

Kirjeldame seitset strongüloidoosihaiget, kellel esinesid ühtlasi düsenteeria, teised helmindid ja algloomad.

Kõik haiged olid mehed (kuus isikut 19—25 a. vanused ja üks 36 a. vana), kes varem elasid meie maa mitmesugustes rajoonides, kaasa arvatud mõõduka kliimaga alad, 2—3 viimast aastat enne haigestumist viibisid nad aga Nõukogude Liidu loodealadel.

Meie poolt jälgitud haigetel esinesid koos strongüloidoosiga: esimesel juhul bakteriaalne düsenteeria, askaridoos, trihhotsefaloos, lamblioos ja trihhomoniasis; teisel juhul bakteriaalne düsenteeria, askaridoos, trihhotsefaloos ja lamblioos; kolmandal juhul bakteriaalne düsenteeria, askaridoos ja lamblioos; neljandal juhul lamblioos ja trihhomoniasis; viiendal juhul askaridoos, düsenteeria amööbide invasioon ja trihhomoniasis; kuuendal juhul trihhotsefaloos ning seitsmendal juhul ankülostomidoos ja trihhotsefaloos.

Enamikul haigetest kulges strongüloidoos võrdlemisi kergelt, kuigi sellega kaasusid veel teised helmindid ja algloomad. Nii kaebused kui ka objektiivsed sümptoomid viitasid mao-sooletrakti häiretele, mis väljendusid peamiselt mitmesuguse vältusega ja intensiivsusega kõhuvaludena ning kõhulahtisustena.

Kõikide haigete haiguskulus oli palju ühist. Iseloomustavamaks olid koliidinähud, mille kestus varieerus. Ühel haigel, kel strongüloidoosiga kaasus lambliosis, täheldati koliidi ägenemist 6 korda poolteise aasta jooksul. Ühel haigel, kellel kaashaigusteks olid askaridoos ja trihhotsefaaloos, ägenes koliit kuue kuu kestel kaks korda. Kahel haigel täheldati vastavalt kolme ja nelja nädala jooksul ebastabiilset istet. Huvitav on märkida, et düsenteeria ei kulgenud strongüloidide invasiooni puhul raskemini kui teistel düsenteeriahaigetel.

Üks haige, kes koos strongüloidoosiga põdes ka bakteriaalset düsenteeriat, eritas umbes kahe kuu kestel düsenteeriabaktereid, vaatamata heale üldisele seisundile ja normaalsele istele. Bakterite eritumine lakkas pärast strongüloidide väljaajamist. Tuleb märkida, et kõikidel haigetel õnnestus strongüloidide vastseid avastada alles pärast hoolikat ja korduvat (8—14 analüüsi) väljaheite parasitоскоpeerimist.

Korduvate parasitoloogiliste uurimiste põhjuseks oli kõikide haigete perifeerse vere püsiv ja kõrge eosinofiilia (7—32%).

Näitena toome haige G. vere eosinofiilide näitajad (analüüsid toimusid 7- kuni 10-päevaste intervallidega): esimesel uuringul — 17%, teisel — 13%, kolmandal — 19%, neljandal — 21%, viiendal — 27%, kuusandal — 32%, seitsmendal — 28% ja kaheksandal — 24%.

Olemasolevaid mao- ja seedetrakti haiguslikke nähte ei saa muidugi seostada ainuüksi strongüloidide invasiooniga, sest kõikidel haigetel esinesid ühtlasi helmindid või algloomad, kolmel haigel aga sedastati veel bakteriaalset düsenteeriat. Eosinofiilia oli kahtlemata seoses strongüloidoosiga, sest pärast teiste helmindiliikide väljaajamist ei vähenenud eosinofiilide protsent. Soolte algloomade invasioon aga ei saanud põhjustada nii kõrget eosinofiilide protsenti. Järelikult on kõrge eosinofiilia strongüloidoosi iseloomustavaks sümptoomiks, viidates sellele, et strongüloidide invasioon kutsub esile organismi üldreaktsiooni.

Strongüloidoosi ravisime gentsiaanvioletiga, manustades seda 14 päeva jooksul 0,1-suurustes annustes. (Ühel haigel jäi ravikuur lõpetamata, sest preparaadi manustamisel tekkis oksendamine.)

Võttes kokku peroraalse gentsiaanviolettravi tulemuse, peab märkima, et see kõrvaldas haigusnähud mao-sooletraktis peaaegu täielikult, kuid ei vabastanud alati organismi parasiitidest (kahel haigel leiti strongüloide ka pärast ravikuuri).

Kui silmas pidada eosinofiilide rohkust haigete veres pärast ravi lõpetamist, siis ei saanud me pidada strongüloidoosi likvideerituks viiel haigel, kellel kontrolluurimisel neid helminte enam ei avastatud.

Ravi kaugtulemuse jälgiti viiel haigel: kahel ühe aasta, kahel kuue kuu ja ühel kolme kuu jooksul. Kõik nad loeti tervistunuiks.

Sellega kinnitavad meie tähelepanekud kirjanduse andmeid selles osas, et strongüloidoosi esineb mitte ainult kuuma kliimaga, vaid ka mõõduka kliimaga rajoonides.

Strongüloidoos võib kulgeda kergelt isegi juhtudel, kui haigusega kaasuvad bakteriaalne düsenteeria ja teiste helmintide ning algloomade invasioon.

Kaasuvate soolealgloomade ja helmintide invasiooni ning mõnedel haigetel ka düsenteeria tõttu osutus võimatuks strongüloidoosi kliiniline diagnoosimine meie haigetel.

Strongüloidoosi püsivaks ja iseloomustavaks sümptoomiks on perifeerse vere kõrge eosinofiilia. Selle sümptoomi avastamine haigetel, kes kaebavad kõhuvalusid ja kõhulahtisust, sunnib neid haigeid parasitoloogiliselt detailselt uurima.

KIRJANDUS

1. Банк И. А. и Алексеев Н. Г. Труды Самаркандского гос. мед. ин-та, 1937, т. I, 89—90. — 2. Беклемишева Н. П. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1939, т. VIII, 4, 22—30. — 3. Василькова З. Г. Основные гельминтозы человека и борьба с ними. М., 1953, 93—97. — 4. Дадашьян А. М. Врачебное дело, 6, 1937, 479. — 5. Добнер Р. Д. Клинич. медицина, 1949, т. XXVII, 7, 94. — 6. Змеев Г. Я. Паразитология Дальнего Востока. М., 1947, 301—310 (глава X). — 7. Змеев Г. Я. Там же, 313—328 (глава X). — 8. Мартынов В. Ф. Сов. медицина, 10, 1939, 31—32. — 9. Мгебров М. Л. Тропич. медицина, 4, 1926, 63—68. — 10. Павловский Е. Н. Руководство по паразитологии человека, т. I, 1946, 365—371. — 11. Подъяпольская В. П. и Капустин В. Ф. Глистные заболевания человека М., 1950, 158—164. — 12. Пославский Е. В. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1939, т. VIII, 1, 83—88. — 13. Плавтов К. А. Тропич. медицина, 1926, 6—7, 63—68. — 14. Семенов Г. М. Тропич. медицина, 1926, 2, 7—12. — 15. Семенов А. М. Клинич. медицина, 1953, 60—63. — 16. Торнан С. А. Советский врачебный журнал, 1938, 4, 307—310. — 17. Шихобалова Н. П. и Семенова Н. Е. К вопросу о клинике и лечении стронгилоидоза. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1942, т. XI, 5. — 18. Шолль Г. Г. Гельминтозы у детей. М., 1946, 55—58. — 19. Шультман Е. С. и др. Мед. паразитология, 1933, т. II, вып. 4—5, 310—317.

О СТРОНГИЛОИДОЗЕ

М. Овчинников

Резюме

Под наблюдением автора находилось семь больных стронгилоидозом, который сочетался с бактериальной дизентерией (у трех), а также с инвазией другими видами глист (аскаридами, власоглавами, анкилостомами) и простейшими (дизентерийной амёбой, ламблиями, трихомонадами). Клинически у всех больных наблюдались колитные явления различной продолжительности. В общем, течение заболевания было легким, несмотря на сочетанность стронгилоидоза с другими паразитарными инвазиями и дизентерийной инфекцией. Характерно, что у всех больных стойко и длительно держалась высокая эозинофилия в периферической крови (от 7 до 32%). Обнаружение этого симптома у больных с жалобами на боли в животе и поносы должно послужить поводом к их детальному паразитоскопическому обследованию.

Лечение стронгилоидоза производилось пероральной дачей генцианвиолета по 0,1 три раза в день в течение 14 дней. По окончании курса лечения явления колита исчезли, но у двух больных полного освобождения организма от паразита не наступило.

SALMONELLA GALLINARUM-PULLORUM'I ESINEMISE JUHTUM INIMESEL *

H. PIHL, K. RJABTŠENKO ja P. MAI

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat A. Jannus, ja Tallinna Linna Nakkushaiglast, peaarst E. Zelandovskaja)

Eesti NSV-s esinevate salmonellooside etioloogilise struktuuri ja epidemioloogia iseärasuste uurimisel õnnestus meil avastada *S. gallinarum-pullorum*'i esinemine inimesel. Seda salmonellat peeti pikemat aega patogeenseks ainult lindudele (peamiselt tibudele ja kanadele). Viimast seisukohta pooldavad ka sellised tuntud nõukogude arstiteadlased nagu Gromaševski, Vaindrah (3), Berman (2) jt.

Meie poolt kirjeldatav haige O. O., 38 aastat vana, haigestus 18. jaanuaril 1960. a. jõuetus- ja iiveldus-undega, esinesid oksendamine ja külmavärinad. Temperatuur tõusis kuni 39°. Kojukutsutud arst diagnoosis haigel grippi. Mõne päeva möödumisel märkas haige endal silmade ja naha kollakaks muutumist, samuti muutus uriin tumedaks. Uuesti väljakutsutud arst saatis ta 25. jaanuaril 1960. a. Tallinna Linna Nakkushaiglasse diagnoosiga: Botkini haigus (haiguslugu 361).

Vastuvõtul haiglasse esines haigel skleerade ja naha ikteerilisus, võis palpeerida valulikku maksa serva, huultel leidis herpese villid, temperatuur oli normaalne. Vereanalüüs: bilirubiin 10,6 mg %, Hgb. 23%, Lk. 4450, SR 37 mm tunnis. Väljaheidete oli normaalse konsistentsiga, heledat värvust. 28. jaanuaril eraldati väljaheidetest bakterioloogilisel uurimisel *S. gallinarum-pullorum*. Üldse avastati haigel seda salmonellat roojast 5 korral. Peale selle osutus üks kord positiivseks ka verekülv. Meie poolt isoleeritud kultuur ühtib omaomadustelt *S. gallinarum-pullorum*'i kultuuriga nr. 5775, mida säilitatakse L. A. Tarasovitši nimelises Riiklikus Meditsiiniliste ja Bioloogiliste Preparaatide Kontrollinstituudis (10).

Meie poolt eraldatud mikroob oli graamnegatiivne liikumatu kepike, fermenteeris happe moodustumisega glükoosi, manniiti, maltoosi: ei lõhustanud laktoosi, sahharoosi ega ureat. Tekitis väävelvesinikku, ei moodustanud indooli. Antigeenne struktuur — 9. Oli tundlik levomütsetiini, streptomütsetiini ja biomütsetiini suhtes. Wida'i reaktsiooni dünaamilisel jälgimisel täheldati antikehade tiitri tõusu 1 : 400 kuni 1 : 1600, kusjuures antigeeninina kasutati haigelt eraldatud *S. gallinarum-pullorum*'i kultuuri.

13. veebruaril, s. t. 20-ndal haiglasviibimise päeval tekkis haigel järsku haiguse ägenemine, esinesid iiveldus, oksendamine, tugevad valud epigastriaalpiirkonnas, temperatuur tõusis 38,5°. Konsultatsioonil diagnoosis kirurg haigel koletsüsto-pankreatiiti.

Diferentsiaaldiagnostilistel kaalutlustel uuriti haige verd (G. Medinski) ka leptospiiroosidele leptospiirade kultuuridega aglutinatsiooni- ja lüseerimisreaktsiooni abil. Tulemus oli negatiivne.

Pärast 42-päevast viibimist haiglas kirjutati haige koju rahuldavas seisundis lõpliku diagnoosiga: ikterusega kulgev salmonelloos (*S. gallinarum-pullorum*), koletsüsto-pankreatiit. Edaspidistel bakterioloogilistel uurimistel ei avastatud rekongvalentsendil enam salmonellasid.

Mis puutub haigestumise allikasse, siis tuleb rõhutada, et *S. gallinarum-pullorum*'i peamiseks reservuaarideks on tibud ja kanad. Leemendi (5), Remmeli (8) jt. andmeil on see salmonellade tüüp Eesti NSV-s kanade keskel võrdlemisi levinud. Inimese infitseerumise võivad põhjustada kanamunad. Nagu nähtub Zagajevskaja (4) tähelepanekutest, võivad salmonellad arvukalt paljuneda munade säilitamisel toatemperatuuri juures. Meie haigel, kes on Tallinna elanik, kokkupuutumisi kanadega ei olnud. Seetõttu võis tema nakatumine toimuda kanamunade toiduks kasutamisel. Haigega kontaktsete isikute uurimisel salmonellasid avastada ei õnnestunud.

Kirjeldatud salmonelloosi juhtum pakub nii teoreetilist kui ka praktilist huvi järgmistel põhjustel.

1. *S. gallinarum-pullorum*'i avastamist inimesel ei ole senini Eestis kirjeldatud. Samuti leidub võrdlemisi vähe andmeid selle salmonellatüübi avastamise kohta teistes Nõukogude Liidu vabariikides.

2. Generaliseeritud salmonelloos võib põhjustada ikteruse tekkimist, sarnanedes nõnda teatud määral Botkini haigusega.

* Ette kantud 8. IV 1960. a. Leningradi L. Pasteuri nimelise Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi konverentsil.

3. Meie poolt kirjeldatud juhtum kinnitab veelkordselt vana koolkonna esindajate arvamuse ebaõigsust, nagu oleksid mõned salmonellad rangelt monopatoogeensed kas ainult inimesele või loomadele ja lindudele.

Meile kättesaadavas kirjanduses kirjeldab Mekler (6) tema poolt uuritud 454 salmonellatüvest *S. pullorum*'i avastamist ühel haigel Leningradi S. P. Botkini nimelises Nakkushaiglas. Professor Šur (9) tsiteerib oma toidutoksikoinfektsiooni käsitlevas monograafias Faibišenkot, kes kirjeldab 1944. a. Ukrainas olnud toidutoksikoinfektsiooni puhangut kanapoegade toiduks tarvitamisest. Puhang hõlmas 40 lastekodulast. Haigete roojast ja järelejäänud toidust avastati *S. pullorum*.

Välismaises kirjanduses esineb rohkem andmeid inimeste nakatumise kohta *S. gallinarum-pullorum*'ist. Nii näiteks kirjeldab Dräger (11) puhangut Ameerika Ühendriikides, kus munadega valmistatud riisipudingu söömisest haigestus 423 inimest, kusjuures 172 haigel esinesid võrdlemisi rasked haigusnähud.

Salmonellooside puhul esinevat ikterust kirjeldavad 8 lapsel Alekseejev ja Berman (1), kuid nendel puhkudel oli haigestumine põhjustatud mitte *S. gallinarum-pullorum*'ist, vaid salmonellade teistest tüüpidest.

Tuleb märkida, et viimasel ajal täheledatakse üha sagedamini inimeste haigestumist ka nendest salmonelladest, keda varem peeti patogeenseteks ainult loomadele. Nii näiteks kirjeldavad Melnik, Ginzburg ja Burkova (7) Moskva Linna I Nakkushaiglas 4 haiget, kelle haigestumise põhjustasid *S. abortus equi* (Eestis on seda salmonellatüüpi avastatud senini ainult varssadel ja hobustel). Teiselt poolt võivad *S. paratyphi A* ja *S. paratyphi B*, mida varem peeti patogeenseks ainult inimesele, põhjustada ka loomade nakatumisi. Erilist huvi pakuvad Drägeri (11) ja Fromme (12) tähelepanekud selle kohta, et loomadel võib esineda ka *S. typhi*. Kirjanduses (12) leidub andmeid kõhutüüfuse puhangu kohta, mille põhjustajaks olid kõhutüüfusest nakatatud linnud.

Salmonellade arvuka perekonna esindajate esinemine nii inimestel kui loomadel muudab salmonellooside epidemioloogia tunduvalt keerukamaks võrreldes teiste sooleinfektsioonide epidemioloogiaga.

KIRJANDUS

1. Алексеев П. А. и Берман А. И. Педиатрия, 1959, 5, 52—56. — 2. Берман В. М. Пищевые токсиконфекции. Из кн.: «Частная эпидемиология» под ред. В. М. Бермана, Л., 1941, 94—120. — 3. Громашевский Л. В., Вайндрих Г. М. Частная эпидемиология. М., 1947. — 4. Загаевский У. С. Вопросы питания, 1959, 4, 62—65. — 5. Леесмент Л. К. Сб докладов второй научн. конф. Ин-та ЭМигТ, Таллин, 1959, 36—40. — 6. Меклер С. С. Ж. Микробиол., эпидемнол. и иммунобиол., 1960, 1, 38—41. — 7. Мельник Е. Г., Гинзбург Е. А. и Буркова М. А. Ж. Микробиол., эпидемнол. и иммунобиол., 1960, 1, 143—147. — 8. Реммель Н. Н. Тезисы докладов конференции по салмонеллезам и пищевым токсиконфекциям в Эстонской ССР, Таллин, 1957, 15—17. — 9. Шур И. В. Пищевые токсиконфекции паратифозного характера. М., 1953. — 10. Каталог штаммов под ред. Оглобиной Л. С. и Равич-Биргер Е. Д. Выпуск третий. Семейство кишечных. М. 1959. — 11. Dräger, H. Entstehung und Verhütung von Lebensmittelvergiftungen durch Salmonellabakterien. Jena, 1958. — 12. Fromme, W. Immunitätsf. und experim. Therapie, 1959, Bd. 32, 161—195.

СЛУЧАИ ВЫДЕЛЕНИЯ *S. gallinarum-pullorum* У ЧЕЛОВЕКА

Х. Пихл, К. Рябченко и П. Май

Резюме

У 38-летней женщины, госпитализированной с первичным диагнозом болезни Боткина, при исследовании была высеяна многократно из испражнений и один раз из крови *S. gallinarum-pullorum*.

Заболевание характеризовалось высокой температурой, рвотой и обширным герпесом на губах, позже отмечались желтуха склер и кожи, а также увеличение печени.

Описанный случай говорит о том, что *S. gallinarum-pullorum* может вызывать заболевания не только у кур и цыплят, но и у человека.

Бипатогенность сальмонелл осложняет эпидемиологию сальмонеллезов по сравнению с другими острыми кишечными инфекциями.

Выявление *S. gallinarum-pullorum* у человека является первым в Эстонской ССР.

KEMOTERAPEUTILISTE PREPARAATIDE RAKENDAMISE KOGEMUSI ONKOLOOGILISTE HAIGESTUMISTE PUHUL

V. SALAJEV

(Tartu Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, paarast E. Haldre)

Kemoterapeutiliste preparaatide juurutamine onkoloogia praktikasse on uueks etapiks vähktõve, leukoosi ja lümfogranulomatoosiga haigete ravimises.

Embihhiini ja teiste sellele lähedaste kemoterapeutiliste preparaatide rakendamise pioneeriks Eesti NSV-s on Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri kõrval Tartu Vabariiklik Onkoloogia Dispanser, kus aastail 1951—1952 on embihhiinipreparaatidega ravitud 47 haiget. Haigestumise liikide järgi jagunevad haiged järgmiselt: lümfogranulomatoos — 16, krooniline lümfadenoot — 14, krooniline müeloos — 5, muud haigestumised — 12 juhtu.

Embihhiinravi primaarne efekt kestis keskmiselt 2—3 kuud, kui aga haige remissiooni perioodil sai retsidiivivastast ravi, siis kestis remissioon 5—6 kuud. Järgnevail aastail asendati embihhiin novoembihhiiniga, mida meie onkoloogia dispanser rakendab peamiselt kroonilise lümfadenooti ja lümfogranulomatoosi ravimisel kui palliatiivset ravivahendit. 1958. a. alates hakati kroonilise müeloidse leukeemia korral rakendada dopaani. Mitmed kõrges vanuses haiged, kellele rakendati preparaati remissiooni perioodil, on töövõimelised juba 2 aasta kestel.

Alates 1958. a. hakati rakendada ka sarkolüsiini, millel on selgesti ilmnev valiktoime seminoomi ja retikulosarkoomi suhtes.

Tähelepanu väärib üks sarkolüsiinravi juht. Haige E., 46 a. vana, haigestus kolm aastat tagasi roiete retikulosarkoomi VI—VIII roide osalise hävimisega vasaikul. Rakendati kiiritusravi, kuid tagajärjetult. Haige oli kahheksia seisundis. Pärast sarkolüsiini tarvitamist on patsient kahe aasta kestel hea tervise juures, kuid saab perioodiliselt sarkolüsiini retsidiivivastaseid kuure.

Tio-TEFA-t rakendati meie onkoloogia dispanseri statsionaaris 1959. a. alates peamiselt kasvajate IV staadiumi korral (20 juhust 16-el), sageli kas haige omaste või haige isiklikul palvel. Preparaati manustati tavaliselt muskulisisesi ühekordse annusena, 20 mg ülepäeviti (ravikuuriks kokku 120—400 mg). Tio-TEFA-raviga paralleelselt rakendati sümptomaatilisi ja üldtugevdava toimega ravivahendeid — antianemiini, vitamiin B₁₂ ning korduvaid vereülekandeid väikestes annustes (100—200 ml verd nädalas).

Kõrvaltoimet Tio-TEFA rakendamisel ei täheldatud.

Tio-TEFA omab selgesti väljenduvat palliatiivset toimet mitmete pahaloomuliste uudismoodustiste ravil, eriti juhtudel, kui teisi ravimeetodeid ei saa rakendada. Preparaat ei kaitse haigeid retsidiivide ja metastaaside eest. Remissiooni aeg pärast Tio-TEFA rakendamist on meie kogemuste põhjal 1,5—2 kuud.

Kemoterapeutiliste preparaatide arv kasvab. Käesoleval ajal kasutatakse, eriti kroonilise lümfadenooosi korral, preparaati dipiini. Lähemal ajal kavatsame rakendada kemoterapeutilisi preparaate nii operatsiooni-eelsel kui ka -järgsel perioodil rea pahaloomuliste uudismoodustiste korral, samuti nende retsidiivide ärahoidmiseks.

Järeldused

1. Kemoterapeutilised preparaadid on üsna efektiivsed lümfogranulomatoosi, leukooside ja mitmete pahaloomuliste uudismoodustiste ravil ning ei jää real juhtudel oma toimelt maha röntgenravist.

2. Kemoterapeutiliste preparaatide rakendamisele järgneb peaaegu alati haige üldseisundi paranemine, isegi kaugelearenenud haiguse korral. Lümfogranulomatoosi ja leukooside algstaadiumis töövõime taastub.

3. Haiged, kellele kemoterapeutilisi preparaate rakendatakse retsidiivivastase kuurina, säilitavad võrdlemisi kaua tervise ja töövõime.

4. Kemoterapeutilisi vahendeid võib rakendada mõõduka palaviku korral, kui kiiritusravi rakendamine on vastunäidustatud.

5. Kemoterapeutilisi preparaate võib rakendada haigete juures, kes ei reageeri kiiritusravile.

6. Kemoterapeutilisi preparaate rakendatakse sellistel haigusjuhtudel, kus kiiritusravi ei saa rakendada haigusprotsessi lokaliseerimise tõttu.

7. Tuberkuloossete kopsuinfiltraatide korral, mis kombineeruvad pahaloomulise kasvajaga, kasutatakse kemoterapeutilist ravi, kuna kiiritusravi on vastunäidustatud.

8. Kemoterapeutilist ravi rakendatakse universaalsete erüthrodermiate ja mõõdukate aneemiatega puhul, kui kiiritusravi on vastunäidustatud.

9. Kasutamise lihtsuse tõttu võib kemoterapeutilisi preparaate rakendada igas jaoskonnahaiglas, kus on võimalus kontrollida vere koosseisu.

Kemoterapeutilised preparaadid ei võistle küll kiiritusmeetoditega, kuid nad on teineteisele täienduseks.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В. Шалаев

Резюме

Химиотерапевтические препараты весьма ценны при лечении лимфогранулематоза, лейкозов и ряда злокачественных новообразований. По своему действию они в ряде случаев не уступают рентгеновским лучам. При применении этих препаратов почти всегда наступает улучшение состояния здоровья даже при далеко зашедших случаях заболеваний, а в начальных стадиях лимфогранулематоза и лейкозов способствуют восстановлению трудоспособности. Больные, которым проводят противорецидивные курсы лечения химиотерапевтическими препаратами во время ремиссии, сравнительно долго сохраняют здоровье и трудоспособность.

Химиотерапевтические средства можно применять при наличии умеренной лихорадки, когда лучевое лечение противопоказано. Ими можно пользоваться у больных, не реагирующих на облучение и в случаях наличия очагов заболеваний, недоступных лучевому лечению.

При лейкозах, лимфогранулематозах и злокачественных новообразованиях с наличием туберкулезных инфильтратов в легких, когда лучевое лечение противопоказано, рекомендуется проводить химиотерапию.

Химиотерапевтическое лечение применяется при умеренных анемиях и универсальных эритродермиях, когда лучевое лечение противопоказано.

Химиотерапевтические средства могут применяться в каждой участковой больнице, где имеется возможность контролировать состав крови.

Химиотерапия не заменяет рентгенотерапии, а является лишь дополнительным методом лечения.

ARSTIDE ATESTEERIMISEST

A. SARAP

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

Arstide kaadri teoreetilise ja praktilise ettevalmistuse taseme tõstmise eesmärgil vastavalt Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusele 14. jaanuarist 1960. a. «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» andis NSV Liidu tervishoiu minister välja käskkirja arstide atesteerimise kohta. Meie vabariigis alustatakse arstide atesteerimisega 1961. a. Selleks organiseeritakse Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juures atesteerimise komisjon, kelle otsus kuulub kinnitamisele tervishoiu ministri poolt. Atesteerimisele kuuluvad heade tööalaste näitajatega eriarstid, kel on vähemalt 5-aastane staaž oma erialal.

Professorid, õppejõud ning teaduslikud töötajad atesteeritakse nende suhtes kehtestatud korra kohaselt.

Arstide atesteerimine toimub vabatahtlikkuse alusel erialade järgi, vastavalt kinnitatud nomenklatuurile, kusjuures eriarstide kvalifikatsiooni määrab komisjon kindlaks kolme kategooria ehk kvalifikatsiooni järgu järgi.

Esimene kategooria omistatakse vähemalt 10-aastase erialase staažiga ning heade töönäitajatega arstidele, kes tunnevad oma eriala kaas-aegseid uurimise, diagnostika, haiguste profülaktika ja ravimise meetodeid, kes on nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt hästi ette valmistatud piiraldustes distsipliinides, kes võtavad aktiivselt osa arstide ettevalmistamisest ning nende kvalifikatsiooni tõstmisest. Oma teadmistelt peab I kategooria eriarst olema võimeline juhtima oblasti, krai ja vabariikliku tähtsusega tervishoiuasutuse osakonda või laboratooriumi.

Teine kategooria omistatakse vähemalt 10-aastase staažiga arstidele, kel on suured praktilised kogemused ning head näitajad töö alal, kes võtavad aktiivselt osa arstide ja keskhariidusega meditsiinitöötajate ettevalmistamisest ning kvalifikatsiooni tõstmisest ja sanitaarpropagandast elanikkonna hulgas. Oma teadmistelt peab II kategooria eriarst suutma juhtida rajooni või linna tervishoiuasutuse osakonda või laboratooriumi.

Kolmas kategooria omistatakse arstidele, kellel on praktilised kogemused ja head tööalased näitajad, kes tunnevad kaasaegseid uurimise, profülaktika, diagnostika ja ravimise meetodeid, võtavad aktiivselt osa keskhariidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisest ning sanitaarharidustööst elanikkonna hulgas.

Ainult polikliinikutes, ambulatooriumides, dispanserites ja nõuandlates töötavate terapeutide, kirurgide, akušöör-günekoloogide, pediaatrite, okulistide, otorinolarüngoloogide kategooria kindlaksmääramisel esitatakse nõuded vastavalt töö iseärasustele.

Arstid, kes soovivad minna atestatsioonile, esitavad rajooni peaarstile või linna tervishoiuosakonna juhatajale vastava avalduse, lisades asutuse juhataja poolt kinnitatud aruande oma töö kohta koos 3 viimase aasta töönäitajate analüüsiga. Vabariikliku alluvusega asutustes töötavad arstid esitavad avalduse ja tööaruande asutustele tervishoiu ministeeriumi korraldusel. Ebarahuldavate töönäitajate puhul on tervishoiuorganite juhatajal (kooskõlastatuna kohalike ametiühinguorganitega) õigus eriarsti atestatsioonile suunamisest keelduda.

Atestatsioon toimub kas komisjoni asukoha või arstide töökoha järgi, olenevalt kaugusest ning atesteeritavate arvust.

Tööaruande ning teoreetilise ettevalmistuse kontrollimise põhjal otsustab atestatsioonikomisjon eriarstile kvalifikatsioonijärgu andmise häälteenamusega. Kui arst ei nõustu atestatsioonikomisjoni otsusega, võib ta esitada kaebuse tervishoiuorganile, kelle juures komisjon töötab.

Atestatsioonikomisjon annab igale esimese, teise ja kolmanda kategooria saanud arstile vormikohase tunnistuse.

Atesteeritud arstidel, kes arvavad, et nad on küllaldaselt tõstnud oma teoreetilist ja praktilist ettevalmistust, on õigus taotleda ümberatesteerimist, kuid mitte varem kui kolme aasta möödumisel.

Vastavalt NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusele 12. augustist 1955. a. määravad liiduvabariikide tervishoiu ministrid kindlaks personaalse palgalisa esimese kategooria arstidele 20% ulatuses ja teise kategooria arstidele 15% ulatuses. Arsti personaalne palgalisa kvalifikatsiooni ja oskuslikkuse eest makstakse välja kogu tööaja jooksul ametikohal, mille järgi temale see lisa on määratud. Töökoha vahetamisel võib tervishoiu ministeerium üldistel alustel uuesti kindlaks määrata personaalse palgalisa.

Atesteerimisele kuuluvad 33 eriala arstid, ja nimelt: tervishoiuorganisaatorid, terapeutid, füsioterapeutid, ravi-kehakultuuri ja arstliku kontrolli arstid, endokrinoloogid, kirurgid, ortopeedid ja traumatoloogid, uroloogid, onkoloogid, neurokirurgid, anestezioloogid, pediaatrid, akušöörid-günekoloogid, okulistid, otorinolarüngoloogid, psühhiaatrid, neuropatoloogid, röntgenoloogid ja radioloogid, ftisiaatrid, dermatoloogid-veneroloogid, stomatoloogid, arstid-laborandid, patoloogid-anatoomid, kohtumeditiini eksperdid, epidemioloogid, infektsionistid, bakterioloogid ja virusoloogid, sanitaararstid, arstid kommunaaltervishoiu alal, tööstustervishoiu arstid, toitlustustervishoiu arstid, koolitervishoiu arstid, sanitaarhariduse arstid.

On soovitatav, et elanikkond võtaks aktiivselt osa arstide atesteerimise läbiviimisest, avaldades tervishoiuorganitele oma kriitilisi märkusi arstide kohta.

TALLINNA LINNA II HAIGLA 25-AASTANE

M. PUUMETS

(Tallinna Linna II Haiglast, peaarst A. J o a k i m o v)

Käesoleva aasta juunikuus möödus 25 a. ajast, millal praegune Tallinna Linna II Haigla — tol ajal Tallinna Ühise Haigekassa Haigla — avas esmakordselt oma ukseid haiglaravi vajavatele Ühise Haigekassa liikmetele ja nende perekondadele.

25 aastat ei ole kuigi pikk aeg, et sellel peatuda, kuid ühe suurema asutuse — haigla — avamine, organiseerimine ja arendamine oma aja eeskujulikuks raviasutuseks oli tol ajal suurte raskustega seotud, nõudes palju aega, energiat ja jõupingutusi Ühise Haigekassa juhatusele kui ka kõigilt Tallinna töolistelt, kes olid koondunud Tallinna Ühise Haigekassa ümber. Seepärast ei ole liigne, kui heidame pilgu tagasi ja peatume üksikutel momentidel, mis olid seotud selle asutuse ellukutsumisega.

Nagu teada, andis tsaarivalitsus 1912. a. välja haiguskindlustusseaduse, mille põhjal hakati igas käitis, kus töötas üle 1000 töölise, asutama haigekassasid. Käitise töolistele arstiabi andmine jäeti käitise administratsiooni hoolde, haigekassa peamiseks ülesandeks oli aga arstiabi korraldamine töolistele perekondadele. Nii töolistele kui ka nende perekonnaliikmetele arstiabi andmiseks palgati ainult üks arst, mille tõttu meditsiiniline abi oli väga puudulik.

Tallinna töolistele oli selge, et kvaliteetsemat ravi nii töolistele kui ka nende perekonnaliikmetele saab võimaldada ainult Tallinna Ühise Haigekassa asutamiseks, kuid haigekassade esindajail lubati pärast veebruarirevolutsiooni kokku tulla alles aprillis 1917. a. Valiti Keskbüroo, kellele tehti ülesandeks Ühise Haigekassa põhikirja väljatöötamine. Põhikiri kinnitati novembrikuu algul ja sama kuu lõpul valiti esimene Tallinna Ühise Haigekassa juhatus, kes asus kohe tööle.

Juba esimene Ühise Haigekassa juhatus hakkas otsima võimalusi oma haigla asutamiseks, kuid see mõte teostus alles 17 aastat hiljem. Vahepeal tuli võidelda mitmesuguste raskuste ja takistustega. Üks raskemaid takistusi oli gripitaud, mis tekkis I maailmasõja lõpul ja levis üle maailma. Töolistel hulgas oli haigestumus ja suremus suur ning Ühisel Haigekassal tuli haiguse puhul maksta väga palju abirahasid. Sellises olukorras ei saanud lubada muid väljaminekuid, rääkimata haigla organiseerimisest.

Järgmistel aastatel hakkas seisukord pikkamööda paranema: Ühise Haigekassa liikmete hulk kasvas, liikmemaksud hakkasid laekuma korralikumalt. Sissetulekuid suurendas ka see, et saksa okupatsiooni ajal jätsid mõned ettevõtjad haigekassamaksud tasumata ja nad olid sunnitud seda tagantjärele tegema — sageli küll kohtuotsuse põhjal.

1919. a. alates kulges Ühise Haigekassa tegevus enam-vähem normaalselt: peeti rida koosolekuid, kus arutusel oli oma raviasutuse avamine, arstiabi korraldamine haigekassaliikmetele ning selle enda kätte võtmine, sest arstiabi andmine kassa liikmetele käitiste poolt oli, nagu

tähendatud, väga puudulik. 1925. a. jõuti suurte jõupingutustega niikaugele, et avati Tallinna Ühise Haigekassa Apteek, mille vastu sõdisid äge-
uad eraapteekide omanikud. Ka arstiabi andmine ja korraldamine voeti haigekassa kätte. Selleks avati esimesed ambulatooriumid ja hambaravi kabinetid haigekassa liikmete ja nende perekondade jaoks.

Ühise Haigekassa juhatus arutas ka oma haigla asutamise küsimust, kuid see oli seotud suurte raskustega, sest käitiste töölised, keda seni oli puudulikult ravitud, hakkasid oma haigusi ravima eraspetsialistide juures, mille tõttu haigekassa rahalised ressursid kahanesid kiiresti. Ka organiseeritud arstid olid haigekassa ambulatooriumide avamise vastu ega lubanud oma liikmetel Ühise Haigekassa ambulatooriumides töötada. Haigekassa juhatus oli sunnitud lepinguid sõlmima arstidega, kes seisis väljaspool organiseeritud arstkonda.

Asi läks väga teravaks ja augustikuus 1928. a. kuulutas arstkond välja streigi, mille tagajärjel arstid haigeid haigekassa arvel vastu ei võtnud ja haiged olid sunnitud arsti visiidi cest tasuma puhtas rahas. Haigekassa juhatus jätkas uute ambulatooriumide avamist ja arstide palkamist ning juba oktoobrikuus märkas organiseeritud arstkond, et streigiga midagi ei saavutata ja see lõpetati. Lepiti kokku, et arstid võtavad haigeid vastu riigiteenijate tariifi järgi, kuid vaatamata sellele ei lubanud Tallinna arstide organisatsioon oma liikmetel astuda Ühise Haigekassa teenistusse, ähvardades keelust üleastujaid boikotiga. Hakati boikoteerima ka haigekassaga varem lepingusse astunud arste. Sellest hoolimata leidis arste, kes astusid haigekassa teenistusse, mispärast boikott, samuti nagu streikki, kestis lühikest aega ning organiseeritud arstkonna ja haigekassa juhatuse vahekorrad muutusid pikkamööda normaalsemaks.

Nüüd kerkis oma haigla asutamise ja kõigi Ühise Haigekassa asutuste koondamine ühte majja jälle uuesti päevakorrale. 1931. a. lõpul oli Tallinna Ühisel Haigekassal juba 16 asutust, peamiselt ambulatooriumid, mis olid linnas laiali. See oli haigetele tülikas ja et kõik need asutused paiknesid eramajades, siis nõudis see suuri kulusid üürideks. Sellest lähtudes tegi haigekassa juhatus haigekassa volinike peakoosolekul ettepaneku omandada maja Tõnismäel 5-a, mis juhatuse arvates vastas kõige rohkem haiglaks ümberehitamise nõuetele. Peakoosolekul ei pooldanud osa volinikke maja ostmist ja seepärast lükati kinnisvara omandamise küsimus edasi. 1931. a. lõpul algas majanduslik kriis, mis kestis ka 1932. aastal. Massiliste vallandamiste ja töötasude kärpimiste tõttu sattusid töölised väga raskesse olukorda. See suurendas haigekassa kulusid ja vähendas sissetulekut. 1933. a. algas gripitau, mis omakorda nõudis haigekassalt suuri väljaminekuid ja ei lubanud kinnisvara omandada. Alles 1933. a. lõpu poole hakkas haigekassa töö jälle elavnema ja juhatusel oli võimalik hakata uuesti kaaluma kinnisvara soetamist. 1934. a. märtsikuus toimunud peakoosolek otsustas omandada Tõnismäel nr. 5-a asuva maja, mis läks haigekassa juhatuse käsutusse 1. mail 1934. a.

Kohe algas ka maja ümberehitamine haiglaks, mis lõpetati detsembrikuus 1934. a. Pärast seda hakkasid haigekassa asutused ümber kolima oma majja. Vajaliku sisustuse muretsemine ja röntgenikabineti sisseseadmine, uute aparaatide soetamine ning paigaldamine jne. võttis palju aega, nii et haigla võidi avada alles 1935. a. juunikuus.

Kuna kassaliikmete arv ühes perekonnaliikmetega pidevalt tõusis (1935. a. oli kokku ligi 35000 liiget), siis tekkis jällegi ruumide kitsikus ja juhatus seisis ruumide laiendamise küsimuse ees. Pärast suuremat kaalutlemist ja nõupidamist otsustati 1937. a. juunikuus omandada ehituskrunt Tõnismäel nr. 5, kuhu kavatseti ehitada polikliinik, mille ruumidesse oleks võimalik koondada kõik Tallinnas olevad ambulatooriumid, apteek ja hambaravi kabinetid.

Uue hoone ehitamine algas rahalise kitsikuse tõttu alles 1938. a. ja lõpetati 1939. a. Sama aasta sügisel asusid kõik haigekassa asutused uude majja. Kuna haigla ja polikliinik asusid nüüd koos, siis oli Tallinna Ühise Haigekassa liikmetel ja nende perekondadel kerge saada vastavat arstiabi. Ainult naha- ja suguhaiguste ambulatoorium töötas edasi Lai tn. 22.

Haigla ja polikliiniku asutamisega saavutas Tallinna töölispere selle, mida ta oli taotlenud ligi 20 aastat.

Seda suurt jõukulutust ja energiat silmas pidades, mis nende asutuste ellukutsumisega seotud, tekib tahtmatult küsimus, kes olid need seltsimehed, kes nii suure armastuse ja energiaga neid küsimusi lahendasid, kõiki raskusi ületades.

Tallinna Ühise Haigekassa esimene juhatus valiti 1917. a. peakoosoleku poolt järgmises koosseisus: esimees G. Saum, liikmed J. Antje, M. Laan, K. Poljanskaja, I. Neiman, H. Nigul, I. Presraud, A. Ermas, I. Rätsep ja A. Tulp. Esimese juhatuse õlgadele langesid kõik raskused, mis olid seotud Ühise Haigekassa organiseerimisega.

1925. a. oli Tallinna Ühise Haigekassa elus üks sündmusrikkamaid, sest siis asutati oma apteek, võeti ettevõtjatelt üle kassaliikmetele arstiabi andmine ning loodi ambulatooriume ja hambaravi kabinette. Ühise Haigekassa juhatuses töötasid sel ajal järgmised seltsimehed: esimees J. Antje, liikmed A. Hellman, J. Rohho, K. Pappel, E. Laurits, M. Temp, J. Kaevats, E. Martin, P. Pärtel, L. Permann, E. Toffelmann ja A. Repman. Revisjonikomisjoni esimeheks oli J. Tiitsar, esimene apteegi juhataja oli proviisor N. Schmidt ja asjaajaja H. Soilts.

Haigekassa juhatusse kuulusid sel ajal järgmised seltsimehed: esimees J. Nurk, liikmed J. Ringsmann, Ch. Raudsepp, J. Roht, E. Toffelman, G. Lää, J. Jaup ja H. Mühlhausen. Revisjonikomisjoni esimeheks oli J. Laid, kassapidajaks K. Kerstenson ja asjaajajaks H. Soilts.

Ühise Haigekassa juhatusel oli suuremaks mureks oma haigla loomine ja selleks vastava kinnisvara omandamine. Nagu nägime, sai see teoks 1934. a. Juhatuses olid sel ajal järgmised isikud: esimees A. Pirson, abiesimehed J. Kruusimägi ja H. Ausmees, liikmed A. Leinberg, A. Seks, A. Villemsoo, A. Mikk, R. Maamägi, J. Oras, O. Sinimaa ja J. Kuuda. Revisjonikomisjoni esimeheks oli M. Luik, abiesimeheks A. Kirp, liikmeteks A. Vebermann, A. Seeberg ja E. Petree, pearaamatupidajaks J. Tiitsar ja asjaajajaks H. Soilts.

Kõiki seltsimehi, kes ühel või teisel viisil neid tähtsaid raviasutusi aitasid luua, ei ole võimalik loetleda, kuid see oli võimalik tänu Tallinna töölispere ühisele tahtele ja jõupingutusele.

Ei saa mööda minna ka arstlikust personalist, kes vaatamata organiseeritud arstkonna vastuseismisele ja boikotile astusid Ühise Haigekassa teenistusse. Esimesteks arstideks, kes astusid haigekassa teenistusse, olid E. Jakobson, F. Jakobson, A. Saar ja J. Rosenthal.

1932. a. oli Haigekassa teenistuses juba 24 arsti: F. Grigorjev, S. Markovitš, A. Krafft, K. Krausp, O. Prögajev, A. Grasmanlsdorf, M. Ginsburg, A. Keerd, P. Pissarev, H. Sack, A. Hirv, E. Prisko, J. Prisko, K. Hallik, A. Bekker, P. Stepanov, H. Veber, O. Soo, A. Liin, R. Vigodski jt.

Haigla avamisega suurenes arstide arv. Esimeseks Haigla peaarstiks kutsuti Tartust noor energiline kirurg A. Meerits. Kirurgia osakonnas töötasid noored kirurgid A. Kõre, K. Vipper, J. Saks, kelledest viimane töötab praegugi peaarsti asetäitjana samas haiglas. Peale eespool mainitud arstide töötasid tol ajal arstidena veel K. Pärn, E. Tare, R. Meder, I. Levin, P. Eller, K. Hallik, F. Kienast, P. Teas ja E. Jakobson.

Kuna haigekassa liikmete ja nende perekonnaliikmete arv alatasas tõusis, siis tuli suurendada ka arstide arvu. 1937. a. oli haigekassal juba 49 arsti, 16 hambaarsti ja 92 apteegitöötajat.

Pärast polikliiniku uue hoone valmimist 1939. aastal arenes haigekassa apteek Tallinnas üheks suuremaks mitte ainult oma ruumide, vaid ka oma töötajate arvu ja ravimite läbikäigu poolest.

Algas Suur Isamaasõda. Saksa okupandid arreteerisid ja mõrvasid peaarsti A. Meeritsa. Pärast A. Meeritsa surma vaheldusid peaarstid väga sageli. Ajavahemikul 1940.—1948. a. on olnud peaarstideks K. Pärn (2 korda), H. Perli, B. Äniline ja A. Liin (1 kord), J. Saks (2 korda), A. Rosenfeld (3 korda) ja O. Otsman (1 kord).

1948.—1950. a. oli peaarstiks Z. Edlerskaja, temale järgnes peaarsti kohale H. Laur kuni 1954. a. 1954. a. peale oli peaarstiks O. Otsman kuni 1957. a. Sellest ajast peale on peaarstiks A. Joakimov.

Ka haigla profiil on selle aja jooksul mitu korda muutunud. 1935. a. oli haiglas 3 osakonda: kirurgia, teraapia ja sünnitus-günekoloogia. Peale selle olid voodid silma-, kõrva-, kurgu- ja ninahaigetele. Haiglas oli üldse 120 voodit. Pärast uue polikliinikuhoone valmimist viidi ambulatooriumid sinna üle ja haiglat suurendati 160 voodini. 1940. a. pandi pearõhk terapeutiliste ja traumahaigete ravimisele. 1945.—1947. a. paigutati teraapiaosakond praeguse Tallinna Vabariikliku IV Haiglasse, mille tõttu oli võimalik paigutada traumahaigeid Tallinna Linna II Haiglasse.

1948. a. muudeti Tallinna Linna II Haigla rajoonihaiglaks. 1950. a. algul viidi kurgu-, nina-, kõrva- ja silmahaiguste osakonnad üle Tallinna Linna III Haiglasse ja II haiglas avati osakond traumahaigetele.

Ka polikliinikus on toimunud mitmesugused muudatused, peamiselt peaarstide Z. Edlerskaja ja H. Lauri ajal. Polikliiniku ruumidesse toodi hambaproteeside töökoda, mis hõlmas III korrusel kõik kabinetid peale ühe. Polikliiniku teise korruse koridori ehitati uued ruumid. Ka Vabariiklik Kehakultuuri Dispanser ja Läbivaatuspunkt paigutati polikliiniku ruumidesse, mis omakorda veelgi suurendas üldist kitsikust.

Peab tähendama, et praegu Tallinna Linna II Haiglas ja polikliinikus töötavate meditsiinitöötajate arv on palju suurem kui 25 a. tagasi. Kui Ühise Haigekassa Haiglas ja polikliinikus oli 49 arsti, siis on neid praegu 71. Kuna aga Tallinna Linna II Haigla juurde kuuluvad veel laste polikliinik, arstipunktid ja traumapunkt, siis tõuseb üldine arstide arv 114-ni. Vastavalt on suurenenud ka meditsiiniõdede ja sanitaride arv. Näiteks töötab praegu haiglas 83 meditsiiniõde, kuna 25 a. tagasi töötas haiglas ainult 20 õde vanemõe Pedaki juhtimisel, kes oli ühtlasi ka operatsiooniõeks.

Lõpuks olgu tähendatud, et mõned Ühise Haigekassa töötajad töötavad veel praegugi Tallinna Linna II Haiglas, nagu A. Soilts (raamatupidajana alates 1919. a.), M. Milk (registreerija), meditsiiniõed M. Kask, L. Hanson, E. Brakmann ja lõpuks meie lugupeetud kirurg J. Saks, kes praegu töötab peaarsti asetäitjana ravi alal.

P. E. WILDE (1732—1785)

V. KALNIN

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor M. Kask)

1960. a. detsembris möödub 175 aastat Baltikumi väljapaistva meditsiinitegelase, esimese balti ajakirjaniku Peter Ernst Wilde surmast.

P. E. Wilde sündis Pommeris Treptovi lähedal Wodicke külas. Algul õppis ta teoloogiat Königsbergis, kuid jättis seal studiumi pooleli ning hakkas Halles õppima õigusteadust. 1751. a. siirdus ta uuesti Königsbergi,

astudes sealse ülikooli arstiteaduskonda. Arstiteaduse õppimise ajendiks olnud tema haigestumine rüugetesse. Pärast arstiteaduskonna lõpetamist töötas Wilde tegevarstina. 1765. a. omandas ta Greifswaldi ülikoolis arstiteaduse doktori kraadi ning asus samal aastal Kuramaale Jelgava (Mitau) linna, seejärel Riiga, viibides Lätis umbes ühe aasta. Põltsamaa lossi omanik major W. v. Lauw kutsus P. E. Wilde 1766. a. Põltsamaale oma vastasutatud haigla juhatajaks. Siin arendab P. E. Wilde ligi 20 aasta jooksul toile aja kohta väga intensiivset tegevust, jättes kustumatu jälje Baltikumi meditsiini ajaloosse.

Wilde oli mitmekülgne ja suurte organiseerimisvõimetega inimene. Põltsamaale saabumisel asutas ta siin apteegi, mis oli esimeseks maaapteegiks Eestis (12, lk. 181). Samal aastal asutas ta siin ka väikese trükikoja. Olgu märgitud, et tol ajal oli kogu Venemaal kõigest kuus trükikoda. Kohalikus haiglas, mis oli määratud «alamast soost» isikutele, ja apteegis õpetas ta noormeestele arstiteadust «kõigis osades», valmistades ette arvatavasti tulevasei velskreid — «kirurge». Peale haigemaja «alamast soost» isikutele olid Põltsamaal ehitatud ka «erilised korterid kõrgemast seisusest sissesõitnute mugavuseks» (3, lk. 2). Haigeid haiglas ja «korterites» pidid hakkama ravima üks arst ja kolm haavarsti. Wilde kavatses asutada ka majandusseltsi ja põllutöökooli, kuid osavõtjate vähesuse tõttu jäid need kavatsused realiseerimata.

Wilde tähtsaimaks teeneks on meditsiinilise ajakirja väljaandmine. Ajakiri kandis nimetust «**Der Landarzt. Eine medicinische Wochenschrift**» ning ilmus 1765 a. Jelgavas. Põltsamaal jätkas Wilde ajakirja kui eelmise järje väljaandmist nimetuse all «**Liefländische Abhandlungen von der Arzeneywissenschaft**» (1766). Sama nimetuse all ilmus ajakiri ka Riias 1770. a. Viimase komplekt ilmus kordustrukina 1782. a. ka Põltsamaal. 1773.—1774. a. jätkas ajakiri ilmumist nimetuse all «**Der praktische Landarzt**». Wilde meditsiinilise ajakirja komplekte anti korduvalt välja Saksamaa mitmes linnas, mis räägib nende suurest populaarsusest.

Wilde poolt väljaantav ajakiri oli tegelikult esimeseks meditsiiniliseks perioodiliseks väljaandeks Venemaal. Alles 27 aastat hiljem hakkasid ilmuma «Санкт-Петербургские врачебные ведомости» (1792—1794). «Медико-физический журнал» (Moskvas 1808—1821. a.) jt. (14, lk. 14).

Peale mainitud ajakirjade andis Wilde välja ka mitu brošüüri, mis olid pühendatud rüugepookimise variolatsioonimeetodi propageerimisele, veterinaarmeditsiinile jt. küsimustele.

Just Wilde töödele oleme me tänu võlgu esimeste eestikeelsete populaarsete kirjutiste ilmumise eest tervishoiu alalt. Selles suhtes on eriti tähtsad tema käsikirjalised tööd «Eine ärztliche Anweisung für den Landmann», mille eesti keelde tõlkis A. W. Hupel ja mis ilmus 1766. a. Põltsamaal pealkirja all «**Lühhike õppetud mis sees monned head rohhud täeda antakse...**», ning «Arzeneybuch zum Unterricht für diejenigen, welche die Krankheiten und die Heilmittel wollenkennen lernen», mis ilmus samuti Põltsamaal 1771. a. pealkirja all «**Arsti raamat nende juhhatamiseks kes tahtvad tõbbed ärraarvada ning parrandada**» (samuti Hupeli tõlge). Ka esimene populaarne meditsiinialane raamat läti keeles «Latweechu Ahrste...» (1768) on Jakob Lange tõlge samast käsikirjast, mis oli aluseks eestikeelsele «Lühhike õppetud...» (4, lk. 517).

«Lühhike õppetud...» oli üldse esimeseks eestikeelseks ajakirjaks. Hakates ilmuma 1766. a. lõpul ilmus teda seni teadaolevatel andmetel kokku 41 numbrit ehk «tükki». Leht sisaldas peaaesjalikult nõuandeid arstimise alalt.

Viimastel aastatel Riias ilmunud meditsiini ajaloo alastes töödes on õigusega rõhutatud P. E. Wilde tähtsust Baltikumi meditsiini ajaloos.

Liefsländische Abhandlungen

von der

Arzeneywissenschaft.

das erste Stück

Schloß Oberpahlen den 1 sten November. 1766.

Wenn ich die verschiedenen Vorfälle des menschlichen Lebens von dem Ursprunge unsers Daseyn an betrachte, wenn ich die vielfältige Gefahr erwäge, so mit einem jeden Austritt desselben verbunden ist; so entdecke ich einen wichtigen Vorwurf meiner Gedanken, welcher mich zu einer geheiligten Bewunderung der höchsten Vorsehung leitet. Könnte ich wohl meinen Lesern einen würdigern Gegenstand der Betrachtung vorlegen, könnte ich ihre Aufmerksamkeit wohl glücklicher einweihen, als wenn ich sie auf die Lauffbahn ihres verstrichenen Lebens zurückführe, wenn ich ihnen bey einem jeden Schritt die überzeugendsten Merkmale der gnädigen Vorsehung des Himmels zeige. Welche rührende Aussicht stellt sich unsern Augen dar, wenn wir aus diesen Gesichtspunct die Wege unserer Volkart durchschauen, wenn wir die Menge der drohenden Gefährlichkeiten erblicken, welche wir unbeschädigt durchwandern, wenn wir die Klippen gewahr werden die wir ohne Anstoß zurück gelegt haben, woran tausende von unsern Gefährten gescheitert sind. Was kan unsere Seele wohl mehr zu einer stillen Demüthigung gegen den Urheber unsers Lebens reizen, als die Erinnerung das sein Arm uns bis auf diesen Augenblick unterstützet hat, da in diesem Zeitaltuff Millionen Sterbliche bey frühern Jahren den Schauplatz dieser Erden haben verlassen müssen. Wie mancher hat nicht sein Grab in den Eingeweiden seiner Mutter gefunden. Wie viele haben kaum diese Welt betreten und das Licht nur schimmernd erblickt, da sie schon

Nendele töödele on andnud kõrge hinnangu N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituudi meditsiini ajaloo osakonna juhataja B. D. Petrov (11, lk. 356—357 ja 13, lk. 60—62). Nendes töödes esineb aga eesti lugejale desorienteerivalt mõjuvaid vigu ja ebatäpsusi. Nii käsitleb P. I. Stradon (8, lk. 68) Oberpahlenit, s. o. Põltsamaad, Eesti lõunaosas asuva Sõmerpaluna (saksa keeles Sommerpahlen). Viimane asus ja asub tõesti Eesti lõunaosas, nimelt Võru ja Valga vahelise raudtee läheduses. Kuid Oberpahlen (Põltsamaa), kus toimus Wilde tegevus, asub Sõmerpalust linnulennult rohkem kui 100 km põhja pool, Tartust aga üle 50 km loode suunas, seega Kesk-Eestis. Eksituse aluseks on nähtavasti kohanime Oberpahlen ja Sommerpahlen häälendamise mõningane sarnasus nende teise poole ühtelangevuse tõttu. Oberpahlenit käsitlevad Sõmerpaluna ka K. G. Vassiljev (9, lk. 102) ja A. P. Biezin (10, lk. 111).

Samuti on ebaõige nimetada Oberpahlenit (Põltsamaad) pimedaks maakolkaks (8, lk. 69), võttes arvesse Liivimaa tolleaegseid olusid. Väide oleks aga täiesti õigustatud tolleaegse Sõmerpalu kohta. Põltsamaa piirkond kujunes ju XVIII sajandi 50—60-ndail aastail oma aja väljapaistvamaks tööstuspiirkonnaks ja Liivimaa tööstuse keskuseks (6, lk. 148—149; vt. ka F. Amelung «Studien zur Geschichte Oberpahlens und seiner industriellen Blütezeit», 1892). Põltsamaa lossi omanik W. v. Law asutas siin rea vabrikuid, mille toodang ületas kogu senise Liivimaa tootmisvõime (vasksepatöökoda, tärklisevabrik, nahaparkimistöökojad ja klaasivabrikud). Viimastes valmistati aknaklaasi, pudeleid ning alates 1782. a. ka peegliklaasi. Klaasitoodang leidis head turustamist nii kohalikes kubermangudes kui ka Peterburis ja Pihkvas. Üksnes Tirnas asuvas klaasitööstuses tõusis tööliste arv 100-ni, abitöölised peale selle. Põltsamaa alevi elanike arv kasvas 500-ni, ületades seega väiksemad linnadki (1782. a. oli Valgas 891, Rakveres, Paides, Haapsalus ja Viljandis aga kõigest 375—600 elanikku). Just majanduselu arenemisega sai Põltsamaal võimalikuks ka haigla, apteegi ja trükikoja asutamine.

Eespool toodud möödalaskmist geograafias korratakse 1959. a. ilmunud teoses «Materjale arstiteaduse ja tervishoiu ajaloo alalt Lätis» (11, lk. 46). Samas väidetakse, et Wilde asutas trükikoja Sõmerpalus ning hakkas seal 1765. a. välja andma ajakirja «Landarzt». Tegelikult alustas Wilde selle väljaandmist Jelgavas (Mitau) ning jätkas seda Põltsamaal 1766. a. teise nimetuse all, rajades seal samal aastal ka trükikoja. Sama viga kordub raamatu bibliograafiaosas (lk. 331). Pole päris õige nimetada Põltsamaal ilmunud Wilde ajakirju ainult Läti perioodilisteks meditsiinilisteks väljaanneteks (samas).

Kuigi Wilde on üheks silmapaistvamaks kujukse XVIII sajandi Baltikumi vähestest arstidest, pole käesoleva ajani tema tegevust vajalikul määral uuritud ja hinnatud. Biograafilisi andmeid tema kohta on säilinud napilt, kuid tuleb märkida, et seni pole allikana peaaegu üldse kasutatud Wilde saksakeelse meditsiinilise ajakirja komplekte, mis sisaldasid huvitavat lisamaterjali.

Wilde tööd, eriti saksakeelse meditsiinilise ajakirja detailsem uurimine annab kahtlemata palju huvitavat ja väärtuslikku meditsiini arenemise kohta Eestis XVIII sajandil.

KIRJANDUS

1. (Wilde, P. E.) Lühhiike õppetud... Põltsamaal, 1766. — 2. (Wilde, P. E.) Arsti ramat... Põltsamaal, 1771. — 3. (Wilde, P. E.) Liefländische Abhandlungen von der Arzeneywissenschaft. Schloss Oberpahlen, 1766. — 4. Recke, J. F. v. und Napiersky, K. E. Allgemeines Schriftsteller- und Gelehrten-Lexikon der Provinzen zur Livland, Ehtland und Kurland. Bd. IV, Mitau, 1827. — 5. Eesti bio-

graafile line leksikon. Tartu, 1926—1929. — 6. Eesti NSV ajalugu. Tallinn, 1957. — 7. Kalnin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 2, 63—67. — 8. Страдынь П. И. Медицинская наука в Латвии в XVIII и начале XIX в. Сб. Из истории медицины, т. I, Рига, 1957, 61—74. — 9. Васильев К. Г. К истории оспопрививания в Прибалтике. Там же, 99—106. — 10. Биезинь А. П. К истории ортопедии в Латвии. Там же, 107—117. — 11. Васильев К. Г., Григораш Ф. Ф., Краусс А. А. Материалы по истории медицины и здравоохранения Латвии, Рига, 1959. — 12. Кирш Л. А. О некоторых старинных аптеках в Эстонии. Сб. Из истории медицины, т. 3, Рига, 1960, 173—182. — 13. Петров Б. Д. Советское здравоохранение II, 1958, 60—62. — 14. Заблудовский П. Е. Развитие русской медицины в первой половине XIX века. М., 1955.

П.—Э. ВИЛЬДЕ (1732—1785)

В. Калнин

Резюме

В декабре 1960 года исполняется 175 лет со дня смерти доктора медицины Петра-Эриста Вильде. Из небольшого числа врачей Прибалтики XVIII века П.-Э. Вильде является одним из наиболее выдающихся деятелем медицины, оставивший непогасимый след в истории медицины Прибалтики. Его деятельность около 20 лет протекала в Эстонии в поселке Пыльтсамаа, который в 50—60 гг. XVIII века превратился для своего времени в важный промышленный центр Эстонии. В Пыльтсамаа П.-Э. Вильде работал заведующим больницей, обучал медицинскому делу молодых людей, основал аптеку, явившуюся первой сельской аптекой в Эстонии, основал типографию и занимался литературно-издательской работой. Издававшийся им журнал «Сельский врач» (Елгава, 1765) на немецком языке и продолжение его в Пыльтсамаа под измененным названием, был первым медицинским периодическим изданием в России. П.-Э. Вильде мы обязаны появлением популярных трудов по вопросам медицины на эстонском и латышском языках, в частности, первого журнала на эстонском языке, носившего название «Краткое наставление, в котором сообщаются несколько хороших лекарств...» (Пыльтсамаа, 1766).

Обращают на себя внимание недочеты, касающиеся деятельности П.-Э. Вильде, допущенные в историко-медицинских произведениях, изданных за последние годы в Риге. Так, П. И. Страдынь, К. Г. Васильев и др. рассматривают неправильно Оберпален (Пыльтсамаа), находящийся в центре Эстонии, как Сымерпалу в деревенской глуши на юге Эстонии, где никогда не было ни больницы, ни типографии. Имеется ряд и других неточностей, дезориентирующих читателя.

Деятельность П.-Э. Вильде до сих пор изучена недостаточно, почти не использован его медицинский журнал на немецком языке, содержащий много интересного и ценного о развитии медицины в Эстонии в XVIII веке.

TOITLUSTAMISALASTEST KONVERENTSIDEST MOSKVAS JA LENINGRADIS

1960. a. maikuus toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Toitlustamise Instituudi XIV teaduslik sessioon, kus esitati ligi 200 ettekannet. Sellele sessioonile eelnes II toitlustamisalane rasvade konverents Leningradis 45 ettekandega.

Moskvas toimunud sessioonil osutati suurt tähelepanu uute diferentseeritud toidunormide väljatöötamisele. Need normid täpsustavad inimese toiduvajadust erinevates geograafilistes tsoonides, võttes arvesse peale töö iseloomu ning raskuse ka eluiga, sugu, rahvuslikke tavasid jne. Enamik liiduvabariikidest on alustanud nende küsimuste läbitöötamist, et kehtestada teaduslikult põhjendatud ja praktikas kontrollitud füsioloogilised toidunormid.

Eesti NSV-s on kohaliku toitlustamise uurimisega veel vähe tegeldud. Ometi esineb meil hüpovitaminoose, hambakaariest, endeemilist struumat ja teisi haigusi, mille tekkimise üheks põhjuseks on toidu ühekülsus. Toidu ühekülsus alandab organismi vastupanuvõimet ja soodustab ka paljude haiguste levikut ning kulgu. Seetõttu on vajalik süvendada ning laiendada toitlustamisalaste küsimuste (probleem nr. 10 1959.—1965. a. arstiteadusliku uurimistöö perspektiivplaanis) läbitöötamist Eesti NSV-s. See annaks konkreetse aluse sanitaarpropagandale ja aitaks õigesti planeerida kohaliku toiduainetetööstuse toodangut ning toiduainete sissevedu. Teaduslikult põhjendatud tarvidust arvestades ei arendata Nõukogude Liidus kõigi toiduainete tootmist ühtviisi. Seitseaastakul tõuseb eriti piima ning piimasaaduste ja puuviljade tootmine. Samuti kasvab liha, kala, taimeõli, suhkru ja juurviljade tootmine; tuleks aga piirata teraviljasaaduste, kartuli jt. tarvitamist toiduks. Näiteks on Eestis ja Lätis 1970. aastaks planeeritud ühe elaniku päevasesse toiduratsiooni teraviljasaadusi 260, kartulit 375, juurvilja 435, puuvilja 300, suhkrut 100, liha 240 ja piimasaadusi (arvestatuna piimale) 1395 grammi, sellest piima 550 g. Rõhku pannakse toidu kvaliteedi tõstmisele, toidu mitmekesisustamisele ja aastaegadest tingitud toitumise ühekülsuse vähendamisele.

Suurt tähelepanu osutati konverentsidel liigtoitumise probleemile, mis on muutunud aktuaalseks kõrge elatustaseme juures. Tööprotsesside mehhaniseerimine ning automatiseerimine tagajärjel on vähenenud organismi energiavajadus. Paljudel inimestel on aga harjumuseks tugevasti süüa. Just rasvarikkaid toiduaineid tarvitatakse vajadusest rohkem. Loomse rasva liigne tarvitamine on aga üheks ateroskleroosi, maksa rasvväärastuse ja teiste haiguste põhjustajaks. Toonitati, et võitlus ateroskleroosi vastu on võitlus enneaegse invaliidisuse ja vananemise vastu. Ateroskleroosi profülaktikas on tähtsal kohal rasvõlid (küllastumatud rasvhapped) ja mitmed vitamiinid (C, P, B₆, B₁₂, A ning E), mida peaks rohkem tarvitama. Mõnede rasvarikaste toiduainete (seapekk, rasvarikkad vorstisordid jt.) tootmist aga piiratakse. See küsimus on aktuaalne ka Eesti NSV-s, sest meilgi tarvitatakse palju rasvarikkaid toiduaineid.

Huvitava ettekandega esines Leningradi konverentsil professor B. Ka d ö k o v. Ta näitas, et vitamiinid B₁ ja B₆ soodustavad küllastumate rasvhapete omastamist. Need vitamiinid vähendavad ka rasva vajadust, kindlustades inimorganismis rasva biosünteesi teistest toitainetest. See kinnitab veelkordiselt seisukohta, et toit peab sisaldama küllaldaselt selliseid toitaineid, mis tagavad organismis toimuvate sünteetiliste protsesside normaalse kulu.

Professor A. Šarpenak kaastöölistega esitas veenvaid materjale hambakaarieste alimentaarset iseloomu kohta. Tema uurimuste järgi omab hambakaarieste profülaktikas suurt tähtsust B₁-vitamiin ja piima valgus rohkesti esinev amiinhape lüsiin. Nende toidukomponentide puudumise või vähesuse korral tekkis katseloomadel hambakaariest. Kaarieste arengu esimeses staadiumis täheldati struktuurilisi muutusi hambadentiinis. Alles hiljem lagunes hambavaap ja hambasse pääsesid mikroobid. Professor A. Šarpenak avaldas veendumust, et hambakaarieste vastu on võimalik edukalt võidelda, hoolitsedes, et toidus oleks küllaldaselt vitamiine ja täisväärtuslikku valku. Hambakaariest esineb Eesti NSV-s väga laialdaselt. Piima

tarvitatakse meil rohkem kui teistes liiduvabariikides. Seetõttu ei saa oletada lüsiini puudust. Tõenäoliselt on meil aga puudus B₁-vitamiinist, sest leiba, mis on üheks peamiseks B₁-vitamiini allikaks, tarvitatakse Eesti NSV-s vähe.

Endeemilise struuma tekkimise peamiseks põhjuseks on joodi puudus. Konverentsi ettekannetest selgus, et kilpnäärme funktsionaalset seisundit ja joodiainevahetust organismis mõjustavad ka paljud mikroelemendid ning mineraalained (Ca, Mn, Co, Cu, F), vitamiinid (A, C, D), küllastumatud rasvhapped (rasvõlide tarvitamine) ja potentsiaalselt happeline või leelisene dieet. Sõnavõttudest ilmnas, et joodi sisaldava keedusoola tarvitamisega ei ole Uraalis ning Kesk-Aasias suudetud efektiivselt võidelda endeemilise struuma vastu. Neid andmeid peab arvesse võtma struumavastase profülaktika organiseerimisel Eesti NSV-s.

Konverentsidel esitati ettekandeid veel toitumise füsioloogia ning biokeemia, vitaminoloogia, ravitoitlustamise, toitlustamise hügieeni ning tehnoloogia ja laste toitlustamise alalt.

E. V a g a n e

III VABARIIKLIK SPORDIMEDITSIINI JA RAVIKEHAKULTUURI TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

17. ja 18. juunil 1960. a. toimus III vabariiklik spordimeditsemi ja kehakultuuri teaduslik-praktiline konverents, mis oli pühendatud Nõukogude võimu kahekümnendale aastapäevale Eestis. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. P o b u s.

Spordimeditsemiiniga hakati vabariigis tegelema nõukogude võimu ajal, sest kuni 1940. a. teostasid sportlaste läbivaatust vaid üksikud arstid-entusiastid. Praegu on Eestis 2 arstlikku kehakultuuri dispanserit, 22 arstliku kehakultuuri kabinetti, Eesti NSV meditsiinitöötajad on kirjutanud üle 150 artikli ja ettekannete teesi spordimeditsemiinist alalt, rida uurimusi tuleb ettekandele rahvusvahelistel kongressidel. Kõigest sellest kõneles Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. S a r a p ettekandes «Spordimeditsemiini areng Nõukogude Eestis».

Spordimeditsemiini ülesannetest vabariigis tegi ettekande Eesti NSV Spordiühingute ja Organisatsioonide Liidu Nõukogu esimehe asetäitja A. V a i k s a a r.

Konverentsil arutati kolme probleemi: 1) sportlaste treenituse kindlaksmääramine; 2) haiguste vältimine ja nende vastu võitlemine sportlastel; 3) kehakultuuri raviv toime.

Kuidas määrata treenituse astet, kuidas doseerida treeningukoormust? Ülielulise Spordimeditsemiini Föderatsiooni esimees prof. S. L e t u n o v rõhutas, et ainult sportlase uurimine dünaamikas ja tema individuaalsete iseärasuste arvestamine võimaldab määrata treeningukoormust.

Täienduseks eelmisele ettekandele peatusid dots. M. E p l e r, A. V i r u ja E. K u r r i k (Tartu) põhjustel, miks sportlase hea treenitus ei ole mõnikord vastavuse funktsionaalsete proovide näitajatega.

T. K a r u kõneles funktsionaalsete proovide andmete graafilisest kujutamisest. Autor demonstreeris võrdlemisi lihtsat selleks otstarbeks konstrueeritud seadist, mida soovitati praktikas rakendada.

Võitlusest sportlastel esinevate haigustega, tervislikus seisundis esineda võivate kõrvalekalduvuste varajasesst väljaselgitamisest ja nende vältimisest tegi ettekande Leningradi Kehakultuuri ja Spordi Teadusliku Uurimise Instituudi spordimeditsemiinisektori juhataja prof. A. D e m b o. S. G u l o r d a va esitas 169 traumajuhtu (sportlased viibisid haiglaravil) analüüsi. 15% juhtudest oli trauma põhjuseks reeglite rikkumine, 12,4% juhtudest puudulik treenitus, 12% traumadest oli tingitud julgestuse puudulikkusest jne.

F. M a r k u s a s rääkis lamppöia vältimisest kergejõustiklastel. Lamppöidsus kui krooniline nähe on pöia märkamatu traumatiseerimise tagajärg. F. Markusas ja ka järgmine referent H. N i i t r a soovitasid harjutuste kompleksi lamppöidsuse ravimiseks.

Traumaatiliste haiguste ravis on uuteks meetoditeks kortikosteroidsete hormoonide ja ultraheli rakendamine. Kortikosteroidsete hormoonide ravitoimest sporditraumade puhul kõneles Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri traumatoloog M. M ä g i, kes rakendas seda ravi 54 juhul. Arstid H. V. T i i k ja H. H. T i i k (Tartust) esitasid analüüsi ultraheli rakendamise tulemustest 43 sporditrauma juhul. Peab mainima, et mõlemad ettekanded on oma laadilt meie maa spordimeditsemiini praktikas esimesi.

Suure diskussiooni põhjustas arstiteaduse kandidaat A. C h e v a l i e r' ettekanne «Poks ja kesknärvisüsteem».

Praktilist huvi pakkus arstiteaduse kandidaadi A. L u t s u ja L. L u t s u ettekanne kõrva-, nina- ja kurguhaigustest sportlastel. Ujujatel ja kergejõustiklastel on ülemiste hingamisteede külmetushaiguste protsent võrdlemisi kõrge.

Huvitavat ja vaieldavat probleemi puudutas oma ettekandes N. Elštei, nimelt — kas sportimine põhjustab madala vererõhu tekkimist. N. Elštei ja ka sõnavõtuga esinenud arstiteaduse kandidaat E. Šestakova (Leningrad) arvavad, et sportlastel esinev tendents vererõhu langusele ei vii enamikul juhtudel hüpotooniani (alla 100/60 mm). Teistest ettekannetest spordimeditsiini alal väärivad tähelepanu arstiteaduse kandidaadi O. Imeliku, M. Arvisto ja J. Lokko ettekanne, kes eksperimentaalselt näitasid suurte E- ja B₁₂-vitamiini annuste negatiivset mõju vastupidavusele.

I. Froripi ettekanne puudutas Tartu Laste Spordikoolis teostatud arstlik-pedagoogiliste tähelepanekute tulemusi.

Huviga kuulati arstiteaduse kandidaat R. Motõljanski (Moskva) ja kaasautorite ettekannet kehakultuurist keskmes ja vanemas eas, V. Ringsi (Riia) ettekannet kehaseisu parandamise abinõudest eelkooliealistel lastel lasteaeajades.

Mõned ettekanded käsitlesid ravikehakultuuri. U. Ugandi kõneles hingamis-harjutuste metoodikast respiratoorsest häiretega poliomieliidihaigetel. Ravivõimlemisest kopsuhaiguste operatiivse ravi puhul rääkis M. Sannamees, lõpuks kõneles A. Vaab ravivõimlemise rakendamise katset küünarliigese traumaatiliste vigastuste ravimisel.

Ettekannete materjalid avaldati trükkis eesti ja vene keeles. Samuti ilmus trükkist bibliograafiline nimestik Eesti arstide ja teaduslike töötajate tööde kohta spordimeditsiini alal.

F. Markusas

TERAPEUTIDE TEINE VABARIIKLIK TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

26.—27. juulini 1960. a. toimus Tallinnas terapeutide teine vabariiklik konverents, millest võtsid osa ka Läti ja Leedu terapeutid. Konverentsil käsitleti südame- ja veresoonkonna haiguste profülaktika, diagnostika ja ravi küsimusi. Konverentsi tööst võttis osa ligi 200 arsti.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut A. Gunter kõneles peamistest ülesannetest võitluses südame- ja veresoonkonna haigustega. Pikemalt peatus referent südame- ja veresoonkonna haigusi põdevate haigete dispanseerimise, terapeutide kvalifikatsiooni tõstmise, mainitud patoloogia diagnoosimise ning haigete ratsionaalse ravi küsimustel.

A. Mardna, N. Elšteini, M. Noogeni ja I. Kontori ettekanne käsitles südame- ja veresoonkonna haiguste diagnoosimisel ja ravimisel esinevaid vigu. Kokkuvõtteks mainisid autorid, et enamikul juhtudest on südame- ja veresoonkonna haigustega haigete hospitaliseerimise aluseks Tallinna Vabariiklikus Haiglas mitte diagnoosimise, vaid ravi motiivid.

S. Aru, I. Grossi, Ü. Lepa, M. Miidla ja D. Pihelgase ettekandes käsitleti vereringe kroonilise puudulikkusega haigete ravimist kodus. Autorid mainivad, et haigete ravimisel kodus rakendatakse sageli puudulikult koormusvabu päevi, diureetikume jne., samuti ei individualiseerita alati digitaalse preparaadi määrämist.

Kardioreumatoloogia kabinettide töö kohta esitati kolm ettekannet. M. Eitelberg ja H. Hanson analüüsisid Tartu kabineti tööd. V. Garšnek, M. Kalev, I. Levina ja B. Liberman kõnelesid Tallinna Vabariikliku Haigla kardioreumatoloogia kabineti töökogemustest. Autorid juhtisid arstide tähelepanu sagedaste ägenemistega koldenakkustele, mis referentide arvates kuuluvad nn. reumaatiliste seisundite hulka. L. Solomjak üldistas Riia Linna V Haigla kardioloogia kabineti töökogemusi.

L. Taitis (Riia) peatus terapeutilise abi korraldamisel vasaku venoosse suistiku kroonilise stenoosi ravimise puhul (60 opereeritud haige jälgimise alusel).

Paljud ettekanded käsitlesid südame ja veresoonkonna uurimise instrumentaalset ja laboratoorseid meetodeid.

G. Lempert (Riia) puudutas elektrokardiogrammi alusel tehtava otsuse formuleerimise metoodikat. Peab märkima referendi õiget märkust selle kohta, et kergekäelised otsused elektrokardiogrammi alusel võivad põhjustada tõsisid iatrogeniseid haigusi.

Ü. Lepp ja S. Aru esitasid materjali vektorkardiograafia rakendamise otsustarbekohasuse kohta südame vatsakeste hüpertroofia ja His'i kimbu säärtede blokaadi diagnoosimisel.

Ettekande kardiokineetilisest funktsioonist ja selle uuest meetodist tegi K. Rägo. Uue konstrueeritud originaalse aparatuuri abil registreeritakse kõveraid, mis võimaldab määrata peale varem tuntud kardiokineetiliste näitajate ka mõningaid uusi, sealhulgas integraalse jõuvektori ruumilise kulu lingu. Kasutades K. Rägo metoodikat tegi R. Ridala ettekande kardiokineetiliste näitajate kohta seoses ballisto-, fono- ja elektrokardiograafia andmetega.

Kõneldes vektorkardiograafilistest muutustest kopsu ja südame puudulikkuse sündroomiga haigetel, näitas B. Liberman, et osal haigetest ilmnevad muutused vektorkardiogrammil varem kui elektrokardiogrammil.

Südamehaiguste diagnoosimisest radioaktiivse joodi abil rääkis H. Vadi.

L. Päi, A. Vapra ja L. Loohein peatusid näitajatel rasvade sidumise kohta verevalkude poolt ja pulsiline levimiskiiruse piesograafilisel määramisel ateroskleroosilise protsessi iseloomustamiseks.

Rida ettekandeid puudutas koronaarpatoloogiat.

K. Lust üldistas andmeid Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas 10 viimase aasta jooksul ravil viibinud 100 müokardi infarktiga haige kohta.

L. Mardna esitas tähelepanekuid rinnanäärmete sisemiste arterite ligeerimise efektiivsusest stenokardiahaigetel. Viimaste ravimisest nikotiinhappe ja suguhormoonidega kõneles E. Omel.

I. Blužas (Kaunas) käsitles oma ettekandes trombelastograafia võrdlevat karakteristlikat, protrombiini ja hepariini indekseid tervetel ja haigetel, keda on ravitud antikoagulantidega.

D. Abramovitš (Riiu) tegi ettekande südametegevuse rütmihäirete ravist.

M. Kull ja R. Looga esitasid materjale kesknärvisüsteemi reaktiivsuse tähtsusest eksperimentaalse hüpertoonia tekkemehhanismides.

Ettekande mudaravist kroonilistel polüartriidihaigetel, kellel kaasnesid müokardi kahjustused, esitas A. Säärits. Autor üli järeldusele, et mõõduka temperatuuriga puudamähised ei mõju negatiivselt südamele ja veresoonekonnale.

B. Samardin käsitles perifeerse vereringe muutusi Eesti põlevkivikaevanduste puurijatel seoses vibratsioonitõvega.

Kaks ettekannet tehti kasuistiliste tähelepanekute kohta. R. Oršanskaja rääkis südamekasvajatest. I. Maripuu ja B. Samardin esitasid referaadi Takayashu sündroomi kohta.

Huvitavaid materjale esitati ka läbirääkimistel. I. Podolski peatus ravimite õige kasutamise küsimusel südame- ja veresoonekonna haiguste ravimisel. N. Bartelsen puudutas kortikosteroidsete hormoonide rakendamist vereringe puudulikkuse puhul. F. Markusas esitas andmeid, mis tunnistavad, et arstid alahindavad kehakultuuri südame- ja veresoonekonna haigusi põdevate haigete kompleks-ravil. Peab mainima ka Eesti NSV teenelise arsti M. Nõgese sõnavõttu.

Konverents näitas, et võitluses südame- ja veresoonekonna haigustega on Eesti meditsiinitöötajad teinud suure töö. Mõnes osas aga jääme veel maha meie maa suurtest raviasutustest. On vaja uuemat sisseseadet, energilisemalt tuleb juurutada uusi diagnostika- ja ravimeetodeid. Erilist tähelepanu nõuab südame- ja veresoonekonna haiguste profülaktika. Ühest küljest tuleb täiendada dispanseerse jälgimise organisatsioonilisi vorme, eriti nende haigete suhtes, kes on põdenud reumatismi, teisest küljest — parandada elanikkonna teadlikkust südame- ja veresoonekonna haiguste vältimise võimalustest. Veel tähtsam on aga ratsionaalse toitumise aluste ja terve eluviisi propageerimine.

Viimaste aastate jooksul on organiseeritud reumatokardioloogia kabinetid Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel, mitmed Tallinna, Tartu, Viljandi jt. ravi- ja profülaktikaasutuste arstid töötavad südame ja veresoonte patoloogia probleemide kallal, samuti tegelevad sellega Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi arstiteadlased.

Reumatismi profülaktikaks on vabariigis vajalik: a) parandada võitlust kol-denakkustega, milleks tuleb kõikide erialade arstide tähelepanu juhtida suukoopa saneerimise vajadusele, nina ja kurgu, soole ja sapiteede, samuti naiste suguelundite patoloogiale; b) soovitada kõikide angiinijuhtude puhul rakendada peale spetsiifiliste bakterivastaste ravimite ka salitsüülipreparaate; c) teostada reumahaigetel retsidiivivastast profülaktikalist ravi kõikidel interkurrentse nakkuse juhtudel; d) laialdaselt valgustada organismi karastamise ja kehakultuuriga tegelemise tähtsust organismi vastupanuvõime tõstmisel. Ateroskleroosi, hüpertooniatooni ja koronaarhaiguste vältimiseks ja efektiivsemaks raviks on vajalik: a) laialdaselt propageerida ratsionaalset eluviisi, dieeti, suitsetamisest loobumist, sporti jne.; b) paluda Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi rakendada abinõusid laboratoorsete, eriti biokeemiliste uurimiste mahu suurendamiseks ja vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste paremaks varustamiseks uusima aparatuuriga; c) soovitada laiemalt rakendada stenokardiahaigete operatiivset ravi rinnanäärmete sisemiste arterite ligeerimise teel.

A. Gunter

KORTIKOSTEROIDSETE HORMOONIDE ALANE KONVERENTS LENINGRADIS

Viimaste aastate jooksul on sisehaiguste kliinilises praktikas laialdaselt levinud neerupealise kortikosteroidsete hormoonide ja hüpofüüsi adrenokortikotroopse hormooni kasutamine. Neid hormoone rakendatakse enam kui 60 haiguse puhul. 1960. a. juunis Leningradis toimunud ülevenemaalisel terapeutide konverentsil vahetati nende hormoonide kasutamisel Nõukogude Liidus saadud kogemusi.

Konverentsist võttis osa umbes 600 nimekat eriteadlast, teaduslikku töötajat ja arsti kõikidest liiduvabariikidest.

Kortikosteroidsete hormoonide toimemehhanismi, nende rakendamise metoodika ja näidustuste küsimuses esineb seni veel rohkesti lahkarvamusi. Seepärast peame otstarbekohaseks konverentsi töö (pühendatud peamiselt hormoonide kasutamisele üksikute haiguste puhul) analüüsimisel lühidalt teha mõningaid üldisi märkusi kortikosteroidsete hormoonide ja AKTH kohta.

Katseid eraldada neerupealiste koorest hormone alustati juba 1930. a. (Kendall, Reichstein jt.), kuid kliinilises praktikas kasutatakse neid veidi üle 10 aasta. Neerupealiste koore hormoonid kuuluvad steroidide rühma. Nende struktuuri aluseks on fenantreenituum nagu suguormoonidelgi. Käesoleval ajal tuntakse 28 kristalset kortikoidi, neist 7 on füsioloogiliselt aktiivsed. Esimesena eraldati kortikosteron, mille tähtsamateks derivaatideks on kortisoon, hüdrokortisoon ja desoksükortikosteron.

Hormoonid võivad aktiveerida peamiselt kas valgu-, rasva- ja süsivesikute-ainevahetust (siis nimetatakse neid glükoproteiinkortikoidideks) või mõjustavad vee- ja soolaainevahetust (siis nimetatakse neid mineralokortikoidideks). Peab mainima, et tegelikult omavad kõik neerupealiste koore hormoonipreparaadid kahepoolset toimet, kuid ühed on rohkem glükotroopse, teised mineralotroopse toimega. Glükoproteiinkortikoidid, aktiveerides amiinohapete desamineerimisprotsesse, soodustavad süsivesikute moodustumist valkudest ja ühtlasi sellele järgnevat süsivesikute muutmist rasvadeks. Järelikult, ühest küljest võib areneda rasvumine, teisest küljest — lihaste atroofia. Peale selle põhjustavad glükoproteiinkortikoidid glükogeeni kogunemist maksa, tõstavad suhkru sisaldust veres, mõjuvad pärssivalt lümfoidse koe arenemisele.

Tugevamini väljendunud glükotroopse toimega on prednisoonrühma preparaadi — metikorteen, dekadroon, prednisoloon jt.

Mineralokortikoidid põhjustavad organismis naatriumisoolade ja vee peetust, intensiivistavad kaaliumisoolade eritumist, mille tagajärjel tekivad negatiivne diurees ja tursed. Kõige tugevama mineralotroopse efekti annavad Hollandi preparaadid adreesoon, kortisiil ja eriti — aldosteron.

I. Kassirski ja L. Petrova (1959) arvates on süstimiseks kasutataval kortisoonil (eriti Merck, vähemal määral Russell) ilmne glükotroopne ja mineralokortikoidne toime.

Kortikosteroidsete hormoonide toimet ainevahetusele ei saa pidada nende rakendamise ainsaks efektiks. Suur tähtsus on kortikosteroidsete hormoonide põletikuvastasel toimel, mis oleneb nende antiallergilisest ja desensibiliseerivast efektist. Glükokortikoidid pidurdavad sidekoe põhiaine arenemist, vähendavad hüaluronhappe moodustumist, suruvad alla hüaluronidaasi aktiivsuse ja vähendavad sellega kapillaaride seinte läbitavust. Suurim põletikuvastane toime on prednisoon- ja kortisoonrühma preparaatidel.

Kui glükokortikoidid pidurdavad põletikulisi reaktsioone, mis võib viia isegi varjatult kulgeva nakkuse aktiveerumisele, siis mineralokortikoidid tugevdavad põletikulist protsessi (P. Gorizontov, 1960).

Vere muutustest esineb nende preparaatide kasutamisel eosinopeenia, lümfopenia, neutrofiilia, basofilopeenia, tendents polütsüteemiale.

Kõige keerukam on kortikosteroidsete hormoonide ravitoime mehhanismi küsimuse lahendamine. See küsimus põrkab omakorda senini ebaselgele hüpofüüsi-neerupealiste süsteemi regulatsiooniprobleemile. Katse neid omavahelisi seoseid analüüsida on teinud K. Kõrge oma ülevaateartiklis («Nõukogude Eesti Tervishoid» 1958, 2, 9—18). Mainime vaid hästi tuntud tõsiasja, et hüpofüüsi adrenokortikotroopne hormoon stimuleerib neerupealiste koore aktiivsust, mille tõttu AKTH manustamine tekitab kortisooniga adekvaatse efekti.

I. Kassirski ja L. Petrova arvates kortikosteroidsete hormoonide ravitoime, nimelt põletikuvastase toime selgitamisel on otsustav tähtsus H. Selye teoorial. Mitmesuguste ebasoodsate mõjutuste puhul organismile, mis viivad «pinguse» seisundini, toimub hüpofüüsi funktsiooni tugevnemine, millega kaasneb nõrgenenud AKTH moodustumine, mis tugevdab peamiselt glükokortikoidide eritumist. Viimased mõjustavad omakorda hüpofüüsi, pärssides AKTH produtseerimist, ja vähendavad sellega neerupealiste edasist aktiveerimist. Glükokortikoidide suurte annuste pikaajaline viimine organismi võib põhjustada AKTH (samuti ka hüpofüüsi gonadotroopsete ja türetroopsete hormoonide) moodustumise pärssimist, ning sellele järgnevalt neerupealiste koore pärssimist ja atrofiaat.

Seejuures peab aga efekti saavutamiseks rea haiguste ravimisel hormoonide doosierimale olema küllalt kõrge ja ravi ise pikaajaline.

Kõrvalnähtude vältimiseks on otstarbekohane piirata naatriumkloriidi viimist organismi ja suurendada kaaliumisoolade ja valkainete osa organismis. Tuleb jälgida vere suhkrusisaldust, psüühika muutusi (võib tekkida unetus, astenia arenemine, eufooria jt.). Nähtavasti sõltub ühtede või teiste tüsistuste tekkimine enamasti haige individuaalsest reaktiivsusest. Peab meeles pidama, et pärast kortikosteroid-

ravi lõpetamist peab haigetele tingimata manustama AKTH-d neerupealiste koore talitluse aktiveerimiseks.

Kortikoidravi vastunäidustusteks on mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, kauglearenenud hüpertooniatõve vormid ja suhkruhaigus, osteoporoos, Itsenko-Cushingi sündroom, rasedus, psühhosidid.

* *

*

Kortikosteroidsete hormoonide toimet iseloomustas konverentsil N. Judajev, kes arvab, et peamine nende hormoonide ravi- ja kõrvaltoimes on nende mõju ainevahetusele. Autor rõhutas, et soovimatute tagajärgede vältimiseks peab doseerimine olema mõõdukas, seda tuleb järk-järgult vähendada ja määrata glükokortikoidide tingimata kombinatsioonis AKTH-ga. Eristil valvsust peab osutama varem kortikosteroidsete hormoonidega ravitud haigete suhtes, kui nende haigus nõuab operatiivset vahelesegamist. Sellistel juhtudel peab alati enne operatsiooni manustama glükokortikoidide.

Vastupidi teistele sõnavõtjatele arvavad J. Tarejev ja V. Nasonova, et kortikosteroidravi on põhiliselt sümptomaatiline, real juhtudel aga asendav. Nende arvates seal, kus ei aita (nagu kollagenooside puhul) keskmised annused (200 mg pro die kortisooni, 20–30 mg prednisooni), on suured annused samuti kasutud. Kortisooni ebaefektiivsuse korral võib seda asendada prednisooniga, ja vastupidi. Kollagenooside puhul põhjustab AKTH sagedamini kõrvalnähte kui kortikosteroidid.

A. Kovalevski ja M. Zverjev puudutasid neerupealiste koore funktsionaalse seisundi kontrolli küsimust. Usaldusväärsemaid andmeid annab Labharti proov, vähem usaldatavaid 17-ketosteroidide eritumise intensiivsus. Mis puutub Thorni proovi (seda rõhutati paljudes ettekannetes), siis on selie näitajad vähem arvestatavad.

Kõige rohkem ettekandeid oli pühendatud kortikosteroidsete hormoonide rakendamisele reumatismi puhul.

A. Nesterov arvab, et steroidsetel hormoonidel, eriti prednisoonil, triamsinolonil ja deksametasoonil on omadus vähendada allergilist reaktiivsust ja hüperergilisi kudede reaktsioone reumatismi puhul. Peamine toime on suunatud patogeneetilistele lülidele. Kõige paremaid tulemusi annab hormoonide manustamine kombinatsioonis salitsüülhappega ja pürasolooniderivaatidega. Kortikosteroidide antakse 40–45 päeva jooksul (näiteks on prednisooni keskmine annus 15–20 mg päevas), seejärel 7–10 päeva AKTH-d (20 T \bar{U} päevas). Esimesel 10 ravipäeval määratakse peale aspiriini (1,0 \times 3) ja butadiooni (0,15 \times 3) veel penitsilliini (500–600 tuh. T \bar{U} ööpäevas). A. Nesterov ei soovita steroidseid hormone ordineerida ambulatoorselt.

Kortikosteroidsete hormoonide efektiivsust reumatismi puhul kinnitas samuti J. Mjasojedovi ja kaasautorite ettekanne, kuid südame talitluse kompleksne uurimine selle ravi paremust ei selgitanud. A. Gefter ja K. Zverjeva märkisid, et reumatismi puhul valud südame piirkonnas sageli säilivad või isegi ägenevad. Võimalik, et selle aluseks on ainevahetushäirete tugevnemine müokardis.

Kortikosteroidsete hormoonide rakendamine on eriti suure efektiivsusega nakuslike mittespetsiifiliste (reumatoidsete) artriitide puhul. M. Astanenko esitas analüüsi 450 sellise haige ravimise kohta. Sellest ettekandest järeldub, et kortikosteroidid annavad ilmse, kuid ajutise efekti, kusjuures see ravi ei väldi protsessi progresseerumist. Kõige paremaid tulemusi annab kortikosteroidide kombinatsioon koos kullapreparaatidega (krüsaanool). Perspektiivne on hormoonravi kombinatsioonis resohhiiniga.

Huvitava, kuid seejuures vaieldava materjali steroidsete hormoonide rakendamisest südame puudulikkuse puhul esitas R. Mežbovski. Tema arvates tasakaalustavad mineralokortikoidid südame puudulikkuse refraktaarsete vormide puhul elektrolüütilise bilansi, kõrvaldavad refraktaarsuse südame glükosiidide ja elavhõbediureetikumide suhtes. Diureesi suurenemine tekib pärast 5–6-päevast kortisooni (60 mg päevas) või prednisooni (20 mg päevas) tarvitamist.

Kortikosteroidide rakendamist tuberkuloosi puhul käsitlesid N. Šmeljovi ja I. Maltsevi ettekanded. Nagu teada, peeti veel hiljuti kortikosteroidide rakendamist tuberkuloosi puhul vastunäidustatuks. N. Šmeljov rõhutas, et käesoleval ajal tuleb sellest vaatest loobuda. Kombinatsioonis antibakteriaalsete preparaatidega likvideerivad kortikosteroidid kiiremini intoksikatsiooninäht, kõrvaldavad mõnede spetsiifiliste vahendite talumatuse, soodustavad infiltratiiv-pneumooniliste kollete imendumist ja kaseossete-nekrootiliste kollete armistumist. 83,6% tuberkulooshaigetest on täheldatud neerupealiste ja hüpofüüsi talitluse puudulikkust. N. Šmeljovi arvates peab ravimine hormooniga kestma 3–8 nädalat, kusjuures juhul, kui seda võimaldab neerupealiste talitlus, on parem kasutada AKTH-d.

I. Maltsev viitas kortikosteroidide efektiivsusele pleuriidi puhul (kombinatsioonis spetsiifilise raviga). Ravikuuriks kulus kuni 500 T \bar{U} AKTH-d või 1200 mg kortisooni.

B. Kogani ettekanne käsitles kortikosteroidsete hormoonide rakendamist bronhiaalastma puhul. Nende toime aluseks peetakse eelkõige organismi allergilise seisundi mõjustamist. Kõige paremaid tulemusi annab prednisoon. Huvitav on autori ettepanek kasutada bronhiaalastma puhul prednisooni toetavaid annuseid (2,5—5 mg) pikema aja jooksul (näiteks üks naishaige võtab prednisooni iga päev 2,5 aasta vältel).

Steroidsete hormoonide tarvitamise otstarbekohasusest nefriidi mitmesuguste vormide puhul kõnelesid oma ettekannetes M. Vovsi ja M. Ratner. Ettekandes rõhutati annuste järkjärgulise tõstmise ja vähendamise tähtsust. Ravikuuri kestus on keskmiselt 40 päeva, raviannus on 400 mg kortisooni või 40—60 mg prednisooni või prednisolooni päevas. Sageli saabub efekt pärast kortikoidravi lõpetamist.

Peab märkima, et A. Mjasnikovi ja J. Gerassimovi ettekandest nähtus, et arteriaalse hüpertoonia mehhanismides etendab teatud osa aldosteron. Võimalik, et viimase mõju avaldubki nefriitide patogeneesis.

Tähelepanekuid kortikoidravi efektiivsusest hepatiitide ja maksatsirroosi ravimisel esitas Z. Bondar ja kaasautorid.

Mis puutub verehaigustesse, siis põhiettekannete esitajate V. Beieri ja D. Šurõgina arvamusest, samuti läbirääkimistest jääb mulje, et kortikoidid on kõige efektiivsemad tsütopeeniliste seisundite — agranulotsütooside, aplastilise aneemia ja Werlhofi sündroomi puhul. Leukooside ja lümfogranulomatoosi puhul pole hormoonide toime nii ilmne. Ajutist mõju avaldavad kortikoidid ka kiirituskahjustuse korral (N. Kuršakov ja kaasautorid).

Suurt huvi äratas S. Rõssi ettekanne, kes tuli järeldusele, et haavandtõve puhul esineb maolimasketal patoloogiline reaktsioon steroidsete hormoonide suhtes.

Lõpuks peab mainima V. Baranovi ja kaasautorite ettekannet, kes analüüsisid steroidsete hormoonide osatähtsust klimakteeriumi ja vananemise protsessis naistel.

Millise kokkuvõtte võiks teha konverentsi ettekannetest?

Vaieldamatult on kortikosteroidsed hormoonid arsti käes võimsaks, kuid kaugeltki mitte universaalseks relvaks. Kõige parema efekti annab hormoonravi mitespetsiifiliste nakkuslike polüartriitide, kollagenooside, tsütopeeniaga kulgevate verehaiguste, tuberkuloosi ja nefriitide puhul. Reumatismi ravikompleksis on H. Mjasnikovi arvamuse järgi kortikosteroidsetel hormoonidel väiksem osa kui võitluses koldenakkustega.

Enamikel juhtudest peab ravi olema pikaajaline (niinimetatud toetavate ravi-kuuridena), kompleksis teiste vahenditega. Väga tähtis on enne ravi lõpetamist manustada AKTH-d.

Tuleb arvestada võimalikke tüsistusi ja mitte ülehinnata seda oma olemuselt patogeneetilist (mitte aga etioloogilist) ravi.

L. Mardna ja N. Elštei

REUMATOLOOGIA KONVERENTS VILNIUSES

12.—14. mail 1960. a. toimus Vilniuses esimene Valgevene ja Balti vabariikide vaheline reumatoloogia konverents.

Konverentsil peeti 5 istungit, kus kuulati ära 58 ettekannet. Huvitavamaks probleemiks oli reuma immunoloogia ja seroloogia, mida ühel või teisel viisil käsitleti kahekümnese ettekandes. Neist põhjalikum oli professor J. Kupčinskase (Kaunas) töö «Autoagressioon ja reumatism». Väga huvitav oli V. I. Satškovi, N. I. Kuznetsova, M. P. Grigorjeva, A. I. Speranski (Moskva) ettekanne «Seerumivalkude antigeense struktuuri uurimine reuma ja teiste kollagenooside puhul kui tee uute diagnostiliste meetodite leidmiseks».

Meie vabariigist esines L. Päi (Tartu) kliinilis-eksperimentaalse tööga «Autoantikehade tekke võimalusest reuma, alaägeda septilise endokardiidi ja infektsioosse polüartriidi puhul».

Põhjalikult leidis käsitlemist reuma kaasaegne ravi, eriti aga hormoonipreparaatide, salitsülaatide ja antibiootikumide omavahelised suhted ning nende kasutamise ja kombineerimise ratsionaalsed skeemid nii ravis kui ka profülaktikas. Sellele küsimusele oli pühendatud 12 ettekannet, neist tähtsam oli A. I. Nesterovi ettekanne «Meie reumaravi kogemused».

Terve istung (8 ettekannet) oli pühendatud kuurordiravile. Sel istungil esinesid ka Eesti NSV teadlased: prof. I. Sibul ettekandega Eesti tervismudast valmistatud preparaadi «Humisool» terapeutilise mehhanismi kohta, E. Keel ettekandega «Uus Eesti meremudast valmistatud preparaati «Humisool», arstiteaduse kandidaat E. Veinpalu, arstiteaduse kandidaat A. Säärits ja L. Vernik ettekandega kroonilise polüartriidiga haigete ravist preparaadiga «Humisool» ja arstiteaduse kandidaat A. Säärits, L. Vernik ja M. Roosaare teemal «Kroonilist polüartriiti põdevate haigete ravist Haapsalu tervismudaga Pärnu kuurordis».

Järgnevad ettekanded puudutasid mitmesuguste süsteemide ja elundite, nagu närvisüsteemi, maksa, neerude, sapiteede, kilpnäärme jt. seisundit reuma puhul. (8 ettekannet). 2 vähema ulatusega ettekannet käsitlesid mitraalstenootide operatiivse ravi tulemusi. 2 ettekannet vaatasid reuma epidemioloogiat Leedus ja Lätis. Hüpo-füüs-adrenaalse süsteemi osatähtsust organismi sensibiliseerumise protsessis ja reuma tekkimises loomeksperimentis käsitleti samuti 2 ettekandes. 6 ettekannet puudutasid tsütoloogilisi ja proteinoloogilisi muutusi reumaatilise protsessi puhul. Konverentsi lõpul analüüsis tehtud tööd A. I. Nesterov.

Konverentsil võeti vastu resolutsioon, milles märgiti reumaalaste uuringute ja praktilise töö edusamme ja puudusi Balti vabariikides. Leiti, et on vaja rohkem rõhku panna reumaalaste teaduslike uurimuste koordineerimisele, kardioreumatoloogia kabinettide töö süvendamisele ning uute kabinettide asutamisele. Tuleb uurida neurohumoraalseid ja endokriinseid häireid, organismi allergilise seisundi muutusi, fokaalinfektsiooni osatähtsust ja olustikulisi ning kutsealaseid tingimusi, mis soodustavad reuma teket.

Arvestades beeta-hemolüütilisi streptokoki osatähtsust reumatismi geneesis on edaspidi vaja tähelepanelikult uurida streptokokkide poolt tekitatud haiguste ja ka teiste infektsioonahaiguste immunoloogiat.

Tõsteti esile autoagressiooni uurimise süvendamise vajadust. Reuma puhul on oluline rakendada kompleksset etappravi, diferentseeritult nii aktiivses kui ka remissiooni faasis.

Peeti vajalikuks, et juba käesoleval aastal loodaks igas vabariigis remokardioloogia keskus profülaktilise töö juhtimiseks.

L. Pää

POLIOMÜELIIDI ELUSVAKTSIINI KÄSITLEV RAHVUSVAHELINE SÜMPOOSION MOSKVAS

17.—20. maini 1960. a. toimus Moskvas rahvusvaheline sümpoosion poliomüeliidi elusvaktsiini küsimustes. Konverentsi tööst võtsid osa peale Nõukogude Liidu liiduvabariikide, Moskva ning Leningradi teadlaste veel 73 delegaati 19 välisriigist, nende hulgas A. Sabin, H. Koprowski, J. Melnick, S. Gard jt.

Konverentsi esimene päev oli pühendatud elanikkonna poliomüeliidivastase elusvaktsiiniga massilise immuniseerimise teooriale ja praktikale. Põhjalikus ettekandes peatus A. Sabin poliomüeliidi likvideerimise küsimusel, rõhutades vajadust vaktsineerida elusvaktsiiniga kogu maailma elanikkonda.

Teise põhilise ettekandega esines professor M. Tšumakov, tehes kokkuvõtte massiliste vaktsineerimiste läbiviimise kohta NSV Liidus. Ta märkis, et vaktsineerimine näitas poliomüeliidivastase elusvaktsiini täielikku ohutust. Immunoloogilised uurimised aga tõestasid, et A. Sabini attenuueeritud viirustüved ületavad ka parimaid G. Salk'i surmatud vaktsiini standardeid. Nagu näitasid arvukad analüüsimaterjalid, esines kõigil vaktsineerituil vaktsiiniviiruse eritamine lühema või pikema aja vältel. Lastel, kel eelnevalt puudusid antikehad, esines umbes 2 korda kestvam vaktsiiniviiruse eritamine kui neil isikuil, kel antikehad olid varem juba olemas. Täheldati laialdast immuniseerumist kontakti teel, s. t. vaktsiiniviiruse levikut vaktsineeritult vaktsineerimatuile. Poliomüeliidivastase elusvaktsiiniga vaktsineerimisel on üheks olulisemaks interferentsi (ühe liigi viiruste elutegevuse pärssimine teiste viiruste poolt) küsimus. Praktikas tuleb arvestada poliomüeliidi tänavaviiruse, vaktsiiniviiruse tüvede, samuti aga ka polio- ja teiste sooleviiruste (ECHO, Cocksackie) interferentsi. Arvesse tulevad samuti epidemioloogilised tingimused. Oluulist osa etendavad aastaajad. Nagu uurimused on näidanud, sobivad vaktsineerimise läbiviimiseks kõige paremini talvekuud. Elusvaktsiini kasutamise epidemioloogilise efektiivsuse kujukaks näitajaks oli järsk haigestumise vähenemine poliomüeliiti Eesti ja Leedu NSV-s, kus viidi läbi elanikkonna massiline vaktsineerimine. Nagu selgus 1959. a. Taškendis, annab elusvaktsiini rakendamine häid tulemusi ka epi-deemia tingimustes.

Meie vabariigist esines peaepidemioloog K. Vassiljeva. Ta tegi kokkuvõtte vaktsineerimiste tulemustest Eesti NSV-s ja analüüsis poliomüeliiti haigestumist enne ja pärast vaktsineerimist.

Konverentsi teine päev oli pühendatud seroloogiliste ja virusoloogiliste uuringute tulemustele seoses vaktsinatsiooniga. Nõukogude teadlaste kõrval esinesid huvitavate ettekannetega teadlased Tšehhoslovakiast ja USA-st. Nii esitas H. Koprowski (USA) põhjalikke andmeid vaktsineerimiste tulemuste kohta vastsündinutel. Lapsi vaktsineeriti juba esimestest elupäevadest alates. Nagu näitasid uurimistulemused, ei toimunud esimestel elunädalatel immunobioloogilist reaktsiooni, puudus antikehade tiitri tõus. Vaktsineerimiseks varasemas elueas peab autor sobivamaks eluiga mitte alla 2 kuud.

Materjale Tallinna Väikelaste Kodu laste vaksineerimise kohta esitas Tallinna Epidemioloogid, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötaja V. Tapupere.

E. Raudami, T. Kuslapi, K. Männiku ja V. Tapupere uurimistulemused poliomieliiti haigestumisest Eesti NSV-s 1958. a. esitas sümposiumil Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia kateedri juhataja dotsent E. Raudam.

Konverentsil käsitleti veel poliomieliidivastase elusvaktsiini valmistamise küsimusi.

Lõppistungil vastuvõetud otsuses märgiti, et poliomieliidivastane elusvaktsiin on leidnud täieliku tunnustuse ning seda soovitatakse laialdaselt rakendada kogu maailmas.

T. Kuslap

KONVERENTS PARASITOLOOGIA KÜSIMUSTEST RIIAS

16.—19. märtsini 1960. a. toimus Riias Läti, Leedu Eesti ja Valgevene II teaduslik koordineerimiskonverents parasitoloogia probleemide alal.

Konverentsi töö toimus plenaar- ja sektsioonide istungite näol helmintoloogia, protozooloogia ja arahnentomoloogia alal.

Ülevaatliku ettekandega parasitoloogia seisundist, teadusliku uurimistöö arenemisteedest ja perspektiividest esinesid G. Vaivarina (Läti NSV), M. Babjanskas (Leedu NSV) ja I. Kaarde (Eesti NSV). Meditsiinilise parasitoloogia küsimustest ja parasitoloogia probleemide edasisest läbitöötamisest Eesti NSV-s esitasid ettekanded K. Vassiljeva, G. Kondratjeva ja G. Medinski.

Helmintoloogia sektsioonis esitati 11 ettekannet meditsiinilise helmintoloogia alalt, 23 — veterinaarhelmintoloogia ja 5 — fütohelmintoloogia alalt.

Ettekandega «Askaridoosi ja trihhotsefaloosi levikust Läti NVS-s» esines M. Lazdõn.

Peamisi ülesandeid võitluses difüllobotrioosiga Baltimaadel käsitles oma ettekandes S. Kizjulavičius (Leedu NSV).

G. Kondratjeva (Eesti NSV) kõneles difüllobotrioosi piirkondlikest iseärasustest vabariigis. A. Beljajeva (Minski Meditsiiniline Instituut) peatus Minski pinnase helmintoloogilisel uurimisel.

Protozooloogia sektsioonis esitati 16 ettekannet. Neli ettekannet Eesti NSV-st käsitlesid urogenitaaltrakti trihhomoniasis epidemioloogiat ja tekitajate biokeemilisi omadusi (J. Teras, I. Laan ja E. Rõigas). A. Karapetjan (Eesti NSV) esitas materjale lambliaite kultiveerimisest.

N. Elšteín (Eesti NSV) kõneles lamblioosi üldistest kliinilistest nähtudest seoses selle patogeneesiga.

A. Bljuzer, B. Senigson, N. Ratenberg, O. Novikova, J. Kirkorova (Läti NSV) kõnelesid nitrofuraanide (furasolidoon) lambliosisvastase toime esimestest tulemustest eksperimendis ja kliinikus. Furasolidooni kasutati 34 lambliosisihaige lapse ravimiseks. 7—15 päeva pärast ravi algust ei avastatud lambliaid 32 lapsel.

Arahnentomoloogia sektsioonis kuulati ära 13 ettekannet. Tulareemia nakkusest Eesti NSV territooriumil kõnelesid G. Medinski, I. Štšerbakov ja A. Safronov. Esialgseid tulemusi puukentsefaliidi uurimisest Läti NSV-s tutvustasid I. Judelovitš ja L. Polikarpova. Puukentsefaliidivastase võitluse eesmärgil rakendati 1957. a. kevadel ühes Läti NSV rajoonis metsade maapealset tolmutamist DDT-ga, ja juba kolm aastat ei leidu nendes piirkondades puuke.

Konverentsi tööst võtsid osa akadeemik J. Pavlovski ja paljud teised väljapaistvad teadlased Moskvast, Leningradist ja teistest linnadest.

G. Kondratjeva ja G. Medinski

ÜLELIIDULINE ONKOLOOGIDE NÕUPIDAMINE

9.—14. juunini 1960. a. toimus Stalingradis järjekordne üleliiduline onkoloogide nõupidamine, mis oli pühendatud onkoloogilise abi organisatsioonile ja vähktõve levimise geograafilistele iseärasustele.

Nõupidamisest võttis osa ligi 700 delegaati ning külalist. Eesti NSV oli esindatud ühe delegaadiga. Üldse esitati 25 ettekannet.

Onkoloogiaasutuste töökogemustest rääkisid Stalingradi oblasti Onkoloogia Dispanseri peaarst K. Petrov, K. Berman Vinnitsa oblastist ning F. Makariunas Leedu NSV-st.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi esindajad E. Kudimova ja V. Sagaidak ning Vene NFSV Tervishoiu Ministeeriumi esindaja L. Nikitina märkisid oma ettekannetes, et vaatamata reale saavutustele onkoloogiaasu-

tuste organisatsioonilises töös tuleb rohkem tähelepanu pöörata nende asutuste võrgu laiendamisele, ühtlasi varustades neid rikkalikult kaasaegse meditsiinilise tehnika ning kvalifitseeritud kaadriga.

Eelkõige on vaja, et haiged pöörduksid varem onkoloogi poole. Laiemalt tuleb organiseerida elanike meditsiinilis-profülaktilisi onkoloogilisi läbivaatusi.

Nagu näitasid Ukraina NSV kogemused (A. Burianenko ettekanne), on võimalik vähktõvevastases võitluses saavutada häid tulemusi, rakendades selles töös ka naiste nõuandlate arste ning keskharidusega meditsiinipersonali. Nii vaadati võrdlemisi lühikese ajaga profülaktiliselt (onkogünekoloogiliselt) läbi kuni 98% naisi paljudes Ukraina linnades ning suuremates rajoonikeskustes.

Vähktõvevastase propaganda meetoditest kõnelesid professor L. Bogolepova ja L. Orlovski (Moskva).

Iga aastaga laienevad teaduslikud uurimised pahaloomuliste kasvajate tekkepõhjuste ja nende profülaktika uute meetodite kohta. Ainult teaduslike uurimisasutuste ja arstide-praktikute tihe koostöö võib anda häid tulemusi. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor A. Serebrov tegi oma ettekandes konkreetsed ettepanekud arstide-praktikute rakendamiseks teaduslikule tööle onkoloogia alal.

Erilist tähelepanu pöörati käesoleval nõupidamisel pahaloomuliste kasvajate levimise geograafiliste iseärasustele. A. Tšaklini (Leningrad), A. Merkovi ja E. Kozlova (Moskva), K. Maditši, K. Vepchadze (Tbilisi) ja rea teiste sel alal töötavate onkoloogide ettekanded näitasid veenvalt, et edasised uurimised võivad anda uusi ning tähtsaid materjale kasvajate etioloogiast inimestel ning aidata leida tõhusamaid vahendeid pahaloomuliste kasvajate profülaktikaks.

Nõupidamise viimasel päeval võeti üksmeelselt vastu resolutsioon, mis näeb ette mitmete tähtsate organisatsiooniliste abinõude ellurakendamist vähktõvevastase võitluse süvendamiseks. Nõupidamisest osavõtjaid tutvustati Stalingradi tervishoiu- ning raviasutustega.

I. Beltšikov

Referaate

Kriitilisi märkusi emakamanuste põletikuliste haiguste prednisoonravi kohta.

J. Brey, U. Buckwar (*Kritische Betrachtungen zur Prednisontherapie entzündlicher Adnexerkrankungen*). Das deutsche Gesundheitswesen, 1960, H. 32, S. 1673—1679.

Põletikuliste genitaalhaigustega haigete arv kliinikutes kõigub 5 kuni 15% piires. 80—85% naisi jääb selle tagajärjel steriilseks. Ainult 10—15% haigeist on pärast operatiivset munajuhade läbitavuse taastamist väljavaateid edule. Akuutse põletiku puhul pole alati võimalik bakterioloogilise uurimise tulemusi ära oodata, mistõttu haigetele määratakse voodirežiim ja alustatakse ravi sulfaniilamiididega, penitsilliiniga, mõnikord kombinatsioonis. Pärast bakterioloogilise uurimise tulemuste ja resistentsuseproovide selgumist jätkatakse ravi streptomütsiini, terramütsiini jt. antibiootikumidega. Ka tänapäeval on esikohal põletikuravi klassikalised meetodid, mida rakendatakse vastavalt põletiku staadiumile.

Glükokortikoidraviga rikastusid kahtlemata günekoloogiliste haiguste ravi võimalused, olgugi et esialgne liialdatud optimism hiljem veidi jahtus.

Autorid esitavad vastunäidustusi glükokortikoidravi rakendamisele. Peale mitmete haigusseisundite peavad autorid absoluutseks vastunäidustuseks maohaavandeid. Olemasolevat haavandit võivad progresseeruda, haavandtõve dispoitsiooni puhul võivad tekkida uued haavandid ja esineda varejooksud ning perforatsioon.

Glükokortikoidide kõige suuremad rakendusvõimalused günekoloogias on ikkagi ägedate, alaägedate ja krooniliste põletikuliste haigestumiste puhul. Sellele vaatamata, et Staemmler peab prednisoonravi ägedate protsesside puhul vastunäidustatuks, loevad mitmed autorid seda ägedate adneksiitide ja parametriitide puhul näidustatuks. Bret talitab mastiidi puhul järgmiselt: punkteeritakse ja abstsessis sisaldis kõrvaldatakse süstla abil, kusjuures samaaegselt süstitakse glükokortikoide ja laia diapasoniga antibiootikume. Seda korratakse kolme päeva järel. Isegi liited pidavat selle ravi korral kiiresti kaduma. Arvatakse, et isegi raskete põletikkude puhul ei peaks dekortiini päevane annus ületama 100 mg. Ravikuuri lõpul määratakse 3 korda ä 30 TŮ depoo-AKTH-d.

Autorid ravisid prednisooniga 30 rasket adneksiidijuhtu, põhiliselt kombinatsioonis antibiootikumidega. Prednisooni määrati alguses 4 päevaks 50 mg päevas, siis 2 päevaks 40 mg, 2 päevaks 30 mg, 2 päevaks 20 mg ja 2 viimaseks päevaks

10 mg päevas (kokku ravikuuriks 400 mg). Peale selle määrati samal ajavahemikul 600 000 TÜ depoo-penitsilliini päevas ja 8 päeva jooksul á 1 g ning 2 viimasel päeval á 0,5 g streptomütsiini.

Võrreldes teiste meetoditega (ilma pednisoonita) ravitud haigete rühma prednisooniga ja konservatiivsete meetoditega ning antibiootikumidega ravitud haigete rühmaga ilmneb, et viimase rühma haigete ravi kestus on keskmiselt 39 päeva, esimese puhul aga 59 päeva. Lõpuks märgivad autorid, et emakamanuste põletikuliste haiguste ravimisel tuleks ravikuuriks tarvitada prednisooni 400 mg.

Ref. H. Roots

Maokomplikatsioonidest prednisoonravi puhul. J. Vachtenheim, V. Juříček und M. Faltus (*Ein Beitrag über Magenkomplikationen bei Prednisontherapie*). Das deutsche Gesundheitswesen, 1960, H. 27, S. 1423—1425.

Kroonilise liigesereumatismi puhul on prednisoonravi rakendatud juba alates 1954. a. Vaatamata prednisoon- ja glükokortikoidravi headele tulemustele, eriti kõrge doseeringu korral, esineb sel puhul ka ohtlikke, kuid enamasti tuntud tüsistusi. Tõsisemaid ja ohtlikemaid tüsistusi prednisoonravi puhul on maokomplikatsioonid, eriti haavandid. Haavandite esinemise sageduse kohta ei ole aga arvamused ühesugused. Ühed autorid arvavad, et ulkuskomplikatsioonid üldse ei esine (eriti madala doseeringu korral), teiste arvates täheldatakse seda väga väikesel protsendil ravitud haigetest. Mõned autorid aga sedastavad kuni 31% ulkuskomplikatsioonide, mis on otse üllatavalt kõrge näitaja.

Autorid ei ole 1958. aastast kuni 1960. aastani ravitud 47 primaarse kroonilise polüartriidi-, sklerodaktüülia- jt. haigetel prednisoonravi tagajärjel maohaavandite tekkimist kunagi täheldanud.

Autorid toovad ära ühe juhu, kus 50 a. meeshaigel, kes viibis ravil algul vasaku põlveliigese vesitõvega, mis hiljem edasi arenes primaarseks krooniliseks polüartriidiks, pärast peaaegu ühe aasta kestnud prednisoonravi avastati maovähk.

Autorid arvavad, et prednisoon mõjus antud juhul Co-kantserogeenina, ja viitavad veel mõnede autoritele, kes seda arvamust varem on avaldanud.

Ref. H. Roots

Konsultatsioone

KOHAKAASLUSE ALUSEL TÖÖTAMISEST

Eesti NSV Ministrite Nõukogu võttis 9. juunil 1960 vastu uue määruse nr. 594, mis näeb ette, et Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1960. a. 22. jaan. määruse nr. 21 «Teenistuslase kohakaasluse piiramise kohta» kehtivus ei laiene tööliste ja nooremale teenindavale personalile ning teenistujatele, kelle töötasu põhitöökoha järgi ei ületa 600 rbl. kuus.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu 9. juuni 1960. a. määruse nr. 594 järgi ei loeta kohakaasluseks meditsiinitöötajate valveteenistust üle tööaja kuunormi.

Edasi näeb määrus ette, et kohakaasluseks ei loeta kohustuste täitmist, mille eest NSV Liidu valitsuse otsusega on kindlaks määratud lisatasu palgale (palgamääradele) protsentides või rublades.

Uus määrus puudutab ka kohakaasluse alusel töötavatele meditsiinitöötajatele puhkusetasu maksmist. Määruses on öeldud, et puhkuseaja eest keskmise töötasu arvestamisel kohakaasluse alusel töötavatele meditsiinitöötajatele arvestatakse töötasu ka selle töö eest. Määrusega kehtestati, et pedagoogilist tööd ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide töötajate poolt tunnitasu alusel kursustel ja õppeasutustes, koolides ja lasteasutustes, mitte üle 240 tunni aastas, ei loeta kohakaasluseks.

Teaduslikele töötajatele ja kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistidele, kes ei kuulu kõrgema õppeasutuse koosseisu, kuid rakendatakse tööle kõrgemate õppeasutuste aspirantide juhendamisel, tasuda nende töö eest arvestusega 50 tundi aastas iga aspirandi juhendamise eest.

Ülalmainitud määrusega lubati meditsiinitöötajatele koosseisulist kohakaaslust kuni 1963. a.

A. Kaldma

J. ROCHLIN 50-AASTANE

12. novembril 1960. a. tähistas Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu direktor Jakob Afroimi p. Rochlin oma 50. sünnipäeva.

J. Rochlin sündis 1910. a. Tallinnas hambatehniku pojana. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas ta 1935. a. Juba kooliõpilasena tärkas J. Rochlinil elav huvi raamatute ja võõrkeelte vastu. Keskkooliõpilasena hakkas J. Rochlin peale kohustuslike võõrkeelte iseseisvalt õppima kreeka, araabia, prantsuse ja inglise keelt, hiljem ka soome ja rootsi keelt. Üliõpilaspõlves töötas J. Rochlin üliõpilasseltsi raamatukogus raamatukoguhoidjana.



1935. aastal spetsialiseerus J. Rochlin hamba- ja suuhaiguste arstiks ning töötas alates 1938. a. Balti Puuvilla Manufaktuuri Haigekassa ambulatooriumis hambaarstina.

1940. a. määrati J. Rochlin Kehra jaoskonna arstiks, kus töötas kuni Suure Isamaasõja alguseni. 1941. a. evakueerus ta Nõukogude Liidu tagalasse, kus sama aasta septembris mobiliseeriti Punaarmeesse. 1942. a. jaanuaris viidi J. Rochlin üle formeeritavasse Eesti rahvusdiviisi, kus ta teenis kuni sõja lõpuni arstina.

Pärast demobiliseerumist 1946. a. sügisel asus J. Rochlin tööle Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus vanembibliograafina. 1947. a. juulist alates on ta sama raamatukogu direktoriks, töötades samal ajal Tallinna Linna Sanitaarharidusmajas arst-metoodikuna.

1948. a. viibis J. Rochlin Leningradis spetsialiseerimiskursustel sanitaarharidustöö organisatsiooni ja metoodika alal. Samal aastal võttis ta osa ka Moskvas Arstide Täienduse Keskinstituudi juures korraldatud meditsiiniliste raamatukogude töötajate täienduskursustest.

Kõik, kes on külastanud meditsiinilist raamatukogu, tunnevad J. Rochlini alati abivalmina, olgu küsimus kui tahes raskesti leitavate teatmete saamises. J. Rochlin on teinud suure töö meditsiinilise kirjanduse propageerimisel ja tutvustamisel vabariigi meditsiinitöötajate hulgas. Peale esinemiste meditsiinitöötajate konverentsidel ja nõupidamistel koostab ta pidevalt uute ilmunud raamatute nimestikke, mis trükitakse ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid». J. Rochlin on alates 1951. a. I. V. Metšnikovi nimelise Mikrobioloogide, Epidemioloogide ja Infektsionistide Tallinna Seltsi liige. Samuti on ta meditsinisektsiooni büroo liige Eesti NSV Ühiskondlike ja Poliitiliste Teadmiste Levitamise Ühingus.

J. Rochlin on autasustatud ordeniga «Punane Täht» ja medaliga «Võidu eest Saksamaa üle». 1950. a. autasustati teda Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

H. Roots

HOOLITSUS TÖÖTAJATE TERVISE EEST

27. mail 1960. a. andsid Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee, Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu Presiidium välja määruse «Abinõudest töötajate ja ohutustehnika parandamiseks vabariigi ettevõtetes, ehitustel ja transpordis».

Määruses kohustatakse Rahvamajanduse Nõukogu Metsa, Puidutöötlemise ja Paberitööstuse, Põlevkivi- ja Keemiatööstuse, Masinaehituse, Kalatööstuse, Toiduainetööstuse, Liha- ja Piimatööstuse ning Ehituse Valitsusi, Põllumajanduse Ministeeriumi ja Eesti Raudteevalitsust, samuti ettevõtete direktoreid ja ametiühinguorganisatsioone rakendama vajalikke abinõusid töötajate tervise kaitse tugevdamiseks ja tööstustraumatismi ning kutsehaiguste põhjuste kõrvaldamiseks ettevõtetes, ehitustel ja transpordis. Koos ametiühinguorganisatsioonidega tuleb esmajärjekorras iga ettevõtte ja ehituse jaoks välja töötada 2—3 aasta jooksul töötajate parandamiseks tehtavate tööde plaan. Plaanid peavad olema koostatud sellise arvestusega, et nende elluviimisel ohutustehnika ja tööstustervishoiu olukord vastaks ettenähtud nõuetele. Siia alla kuulub ruumide varustamine ventilatsiooni-seadmetega ja viimaste rekonstrueerimine, tööprotsesside mehhaniseerimine, sanitaar-elukondlike ruumide (duši-, riietus-, pesuruumid jne.) laiendamine

Määrus kohustab Tervishoiu Ministeeriumi parandama tööstusettevõtete töötajate meditsiinilist teenindamist, koos Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga süstemaatiliselt uurima tööliste ajutise töövõimetuse põhjusi üld- ja kutsehaiguste tagajärjel ja tegema vastavate abinõude rakendamiseks ettepanekuid läbivaatamiseks Rahvamajanduse Nõukogus, ministeeriumides ja ametkondades.

Määruses on juhitud administratsiooni, partei- ja ametiühinguorganisatsioonide tähelepanu sellele, et normide rikkumise ja ohutustehnika nõuete mittearvestamise eest kannavad vastutust mitte ainult majandustöötajad, vaid ka partei- ja ametiühinguorganisatsioonide juhid.

A. Sarap

KÄSKKIRI AMBULATOORSE-POLIKLIINILISE ABI PARANDAMISE KOHTA

NSV Liidu Tervishoiu Minister andis 20. juulil 1960. a. välja käskkirja nr. 321 «Linnaelanike ambulatoorse-polikliinilise teenindamise seisukorrast ja selle edasise parandamise abinõudest». Selles märgitakse, et ambulatoorsete-polikliiniliste asutuste töös esineb veel tõsiseid puudusi.

Terapeutide ja pediaatrite jaoskonnad on kohati veel liialt suured (elanike arv ületab tunduvalt jaoskonna normi), mis põhjustab arstide ülekoormatust.

Jaoskonna meditsiinipersonal kulutab palju aega epideemiatõrjeks kolletes, jaoskonnas asuvate ühiskondlikult kasutatavate kohtade ning tööstus- ja kommunaalobjektide sanitaarse seisundi jälgimiseks, samuti mitmesuguste dokumentide väljastamiseks haigetele.

Paljudes ambulatoorsetes-polikliinilistes asutustes on registratuuri töö halvasti korraldatud. Vähe tähelepanu osutatakse laste, eriti varaealiste vastuvõtu korraldamisele. Mitmetes polikliinikutes venitatakse lubamatult haigete läbivaatuse tähtaegs. Vajaduseta teostatud rohkearvulised laboratoorsed-diagnostilised uurimised saabuvad raviarstile mõnikord alles pärast haige tervenemist. Tavaliselt, haige uurimise füüsikalisi meetodeid sageli alahinnatakse. See põhjustab diagnostilisi vigu, ravi hilineb ja laboratooriumides ning diagnostika kabinettides tekib ülekoormatus.

Tõsiseid puudusi esineb stomatoloogide töös. Ei omistata küllalt suurt tähelepanu suukoopa plaanipärasele saneerimisele, eriti lastel.

Edasi märgitakse käskkirjas, et mainitud puuduste põhjusteks oli esmajärjekorras see, et mõnede tervishoiuorganite juhatajad ja haiglate peaarstid jätsid haiglatöö kõrval unarusse elanikkonna ambulatoorse-polikliinilise teenindamise.

Käskkirjas nõutakse järgmiste abinõude rakendamist:

a) abi ulatuse tunduvat laiendamist olemasolevate polikliinikute rekonstrueerimise, uute polikliinikute, nõuandlate ja dispanserite ehitamisega ja organiseerimisega;

b) polikliinikute arstide ja õdede kvalifikatsiooni tõstmist; ambulatooriumide- polikliinikute diagnoosimise aparatuuri ja sisseseade edasist täiendamist. Aastate 1960—1962 jooksul viia kõikide jaoskondade elanike arv vastavusse kehtivate normidega nii täiskasvanute, laste kui ka tööstustöölise osas. Rakendada abinõusid terapeutide ning pediatrite jaoskondade ja tsehhijaoskondade vähendamiseks.

1960. a. jooksul reorganiseerida arstipunktid velskripunktideks tööstusettevõtete juures, kus on tsehhijaoskonnad, ja vabanenud arstikohad rakendada tsehhijaoskondade arvu suurendamiseks. Iseseisvad arsti- ja velskripunktid tuleb lülitada vastava territooriumi polikliiniku koosseisu.

Pidada kinni korraldusest, mille põhjal meditsiinilise instituudi lõpetanud jaoskonnaarstid, kes töötavad esimest aastat polikliinikus, suunatakse kvalifikatsiooni tõstmiseks statsionaari tööle mitte vähem kui 6 kuuks.

Elanikkonna huvides tuleb 1960.—1962. a. jooksul kõikides linnarajooni polikliinikutes, kus pole iseseisvaid stomatoloogia polikliinikuid, organiseerida stomatoloogia osakonnad (teenindamisega nii teraapia, kirurgia kui ka ortopeedia alal). Kõrkides haiglates, kus on 100 ja rohkem voodikohta, tuleb 1960.—1962. a. jooksul organiseerida stomatoloogia kabinet, mis kindlustaks kõigi statsionaaris viibivate haigete teenindamise.

Igas linna ja rajooni stomatoloogia polikliinikus peab olema arst-ortodont laste hambumuse anomaaliate ning lõualuu-deformatsioonide ravimiseks ja profülaktika teostamiseks.

Jaoskonnaarstide töökoormuse vähendamiseks on epideemiatõrje pandud sanitaar-epidemioloogia jaamadele.

Käskkirjaga on kinnitatud järgmised uued põhimäärused.

1) Linna haigla polikliinik ja linna polikliinik. 2) Linna lastepolikliinik. 3) Linna haigla polikliiniku jaoskonnaterapeut. 4) Haigla ja iseseisva polikliiniku tsehhijaoskonna terapeut. 5) Linna lastehaigla jaoskonnaarst-pediaater. 6) Linna polikliiniku täiskasvanute nakkushaiguste kabinet ja selle kabineti meditsiinipersonali koosseisu normatiivid. 7) Linna polikliiniku kardioreumatoloogia kabinet ja selle kabineti meditsiinipersonali koosseisu normatiivid. 8) Lapse meditsiinilise raamatu vorm süstemaatiliste sissekirjutuste tegemiseks lapse füüsilise ja neuropsüühilise arenemise vaatluste kohta, samuti profülaktiliste kaitsesüstimiste õigeaegseks teostamiseks. 9) Juhend sanitaar-epidemioloogiliste abinõude rakendamise kohta sanitaar-epidemioloogia jaamade ja polikliiniku jaoskonna meditsiinipersonali poolt võitluses nakkushaigustega. 10) Arstide ajutised koormusnormid ühe töötunni kohta ambulatoorses-polikliinilises asutuses.

A. Sarap

LÜHENDATUD TÖÖPÄEVALE ÜLEMINEKUST EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI SÜSTEEMIS

Vastavalt NSV Liidu Ülemnõukogu poolt vastuvõetud seadusele «Kõigi tööliste ja teenistujate seitsme- ja kuuetunnilisele tööpäevale ülemineku lõpuleviimise kohta 1960. aastal» toimus Eesti NSV meditsiinasutustes lühendatud tööpäevale üleminek järgmiselt.

22. aprillil 1960. a. andis Eesti NSV tervishoiu minister koos Tervishoiutöotajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimehega käskkirja, milles tehti kõigi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemi kuuluvate asutuste juhatajatele, tervishoiuosakondade juhatajatele ja rajooni peaarstidele korraldus ettevalmistustööde tegemiseks. Määrati kindlaks asutuste liigid ja seitsmetunnilisele tööpäevale ülemineku kvartalid koos töötasude korraldamisega. Asutuste poolt esitatud arvestused täiendava tööjõu vajaduse kohta vaadati läbi Tervishoiu Ministeeriumi plaani-rahandusosakonnas ja tehti vajalikud parandused.

1. septembril 1960. a. läksid üle lühendatud tööajale kõik ravi- ja sanitaar-profülaktikaasutused, mis paiknevad 24 rajoonis, samuti kolm vabariikliku alluvusega teaduslikku asutust Tallinnas, 15. septembril 1960. a. — kõik ravi- ja sanitaar-profülaktikaasutused, mis paiknevad viies vabariikliku alluvusega linnas. 1. oktoobril 1960. a. — kõik ülejäänud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile alluvad asutused (apteegid, sanitaar-hügieenitarvete, optika, laboratooriumitarvete ja arstiriistade kauplused, laod, abimajandid, tööstusettevõtted ja autopark). Seega läks seitsmetunnilisele tööpäevale üle 881 asutust (nende hulgas 625 ravi- ja sanitaar-profülaktikaasutust) kokku 11 056 töötajaga. Vaatamata tööpäeva lühendamisele jäid ravi- ja sanitaar-profülaktikaasutuste lahtioleku ajad endiseks. Ainult Apteekide Peavalitsusele alluvate kaupluste ja VI kategooria apteekide lahtioleku aeg lühenes ühe tunni võrra.

H. Roots

12. oktoobril 1960. a. toimus Tallinnas Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Presiidiumi III pleenum, millel arutati soolenakkuste vastu võitlemise probleeme Rakvere, Kingissepa ja Märjamaa rajoonis.

Ülevaate soolenakkushaigustesse haigestumisest vabariigis andis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog K. Vassiljeva. Seejärel esinesid aruannetega Rakvere rajooni TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja J. Narma, Kingissepa rajooni TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja T. Meritam ja Märjamaa Rajooni Haigla peaarst H. Brudel.

Pleenumi eel tutvus vastav komisjon olukorraga kohtadel. Komisjoni aruande esitas Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloogia osakonna juhataja A. Vorobjova.

Järgneval arutlusel võttis sõna ka Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, kes rõhutas, et meil on olemas kõik eeldused edukaks võitluseks soolenakkustega, sest Eesti on arstide ja keskhariidusega meditsiinitöötajate kaadrilt üks paremini varustatud vabariike Nõukogude Liidus. A. Goldberg rõhutas vajadust parandada tööd ühiskondliku aktiiviga ja sanitaarhariduse alal, kusjuures see tegevus ei tohi kanda kampaanialikku iseloomu, vaid peab toimuma pidevalt. Et soolenakkused esinevad peamiselt koolide internaatides ja lasteasutustes, on vaja välja töötada konkreetsed plaanid haigestumiste likvideerimiseks nendes.

Kokku võttes pleenumi arutlusi märkis Tervishoiutöölise Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees U. Meikas, et võitluses soolenakkushaigustega tuleb senisest rohkem rakendada ka kohalikke ametiühinguorganisatsioone, juhtides seejuures erilist tähelepanu heakorrastamise, toitlustamise ja kommunaalhügieeni küsimustele.

Pleenum lõppes U. Meikase ülevaatega Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee Presiidiumi tööst pleenumi vaheaegadel.

H. Pihl

SISUKORD

Valvel töötajate tervise eest	3
Arstiteaduse teooria ja praktika	
A. VARES — Võitlus enteraalse toksikoosiga varases lapseas	5
L. KERES — Laste suremuse vähenemisest Tartus	9
S. TAMM — Laste neerutuumorite hilise diagnoosimise põhjustest	14
U. PODAR ja M. LUTS — Endokardi fibroelastoosist	17
K. KÕRGE — Reumatismi ja organismi reaktiivsuse probleemi uurimisest Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas	22
J. REINARU — Võitlusest reumaga Kingissepa rajoonis	28
A. LINKBERG ja K. PÖDER — Üldperitoniidi ravist	31
A. KLIIMAN, I. RAMJALG ja E. TEEÄÄR — Peritoniitide kirurgilisest ravist koos AKTH ja kortikosteroidsete preparaatide manustamisega	36
H. KANTER — Mõningatest kõrvalnähtudest ja tüsistustest hormoonravi vältel	40
L. MÖLLER — Hingamisteede ägedate haigestumiste etioloogiast	44
M. OVTŠINNIKOV — Strongüloidosis	49

СОДЕРЖАНИЕ

На страже здоровья трудящихся	
Теория и практика медицины	
A. ВАРЕС — О борьбе с энтеральными токсикозами в раннем детском возрасте	
Л. КЕРЕС — О снижении смертности детей в г. Тарту	
С. ТАММ — О причинах поздней диагностики опухолей почек у детей	
У. ПОДАР и М. ЛУТС — О фиброэластозе эндокарда	
К. КЫРГЕ — Об исследованиях по проблеме ревматизма и реактивности организма на медицинском факультете Тартуского государственного университета	
Ю. РЕЙНАРУ — О борьбе с ревматизмом в Кингисеппском районе	
A. ЛИНКБЕРГ и К. ПЫДЕР — О лечении общего перитонита	
A. КЛИЙМАН, И. РАМЪЯЛГ и Э. ТЕЭЯАР — О хирургическом лечении перитонитов применением АКТГ и кортикостероидных препаратов	
X. КАНТЕР — О некоторых побочных явлениях и осложнениях при гормонотерапии	
Л. МЕЛЛЕР — Об этиологии острых заболеваний дыхательных путей	
M. ОВЧИННИКОВ — О стронгилоидозе	

H. PIHL, K. RJABTŠENKO ja P. MAI — <i>Salmonella gallinarum-pullorum</i> i esinemise juhtum inimesel	52
V. SALAJEV — Kemoterapeutiliste preparaatide rakendamise kogemusi onkoloogiliste haigestumiste puhul	54

Kaadri ettevalmistamine

A. SARAP — Arstide atesteerimisest	56
--	----

Meditšiini ajaloost

M. PÜÜMETS — Tallinna Linna II Haigla 25-aastane	58
V. KALNIN — P. E. Wilde (1732—1785)	51

Konverentsid ja nõupidamised

E. VAGANE — Toitlustamisalastest konverentsidest Moskvast ja Leningradis	65
F. MARKUSAS — III vabariiklik spordimeditsiini ja ravikehade kultuuri teaduslik-praktiline konverents	66
A. GUNTER — Terapeutide teine vabariiklik teaduslik-praktiline konverents	67
L. MARDNA ja N. ELŠTEIN — Kortikosteroidsete hormoonide alane konverents Leningradis	68
L. PÄI — Reumatoloogia konverents Vilniuses	71
T. KUSLAP — Poliomüeliidi elusvaktsiini käsitlev rahvusvaheline sümposium Moskvast	72
G. KONDRATJEVA ja G. MEDINSKI — Konverents parasitoloogia küsimustest Riias	73
I. BELTŠIKOV — Üleliiauline onkoloogide nõupidamine	73
Referaate	74
Konsultatsioone	75

Tähtpäevad

H. ROOTS — J. Rochlin 50-aastane	76
Kroonika	77

X. ПИХ.Т. К. РЯБЧЕНКО и П. МАЙ — Случай выделения <i>S. gallinarum-pullorum</i> у человека	
В. ШАТАЕВ — Опыт применения химиотерапевтических препаратов при онкологических заболеваниях	

Подготовка кадров

A. САРАП — Об аттестации врачей	
---	--

История медицины

М. ПЮИМЕТС — 25-летие Таллинской II больницы	
В. КАЛНИН — П.-Э. Вильде (1732—1785)	

Конференции и совещания

Э. ВАГАНЕ — Конференции в Москве и Ленинграде по вопросам питания	
Ф. МАРКУСАС — III республиканская научно-практическая конференция по спортивной медицине и лечебной культуре	
A. ГУНТЕР — Вторая республиканская научно-практическая конференция терапевтов	
Л. МАРДНА и Н. ЭЛШТЕЙН — Конференция в Ленинграде по вопросам кортикостероидных гормонов	
Л. ПЯИ — Конференция в Вильнюсе по ревматологии	
T. КУСЛАП — Международный симпозиум по вопросам живой вакцины полиомелита	
Г. КОНДРАТЬЕВА и Г. МЕДИНСКИИ — Конференция в Риге по вопросам паразитологии	
И. БЕЛЫЧКОВ — Всесоюзное совещание онкологов	
Рефераты	
Консультация	

Юбилейные даты

X. ROOTS — 50-летие Я. Рохлина	
Хроника	

Käesolevale numbrile on juurde lisatud 1960. a. sisukord.

К этому номеру прилагается содержание за 1960 г.

UUSI RAAMATUID
RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

- REIMAN A. Õpilase tervishoid. Käsiraamat kasvatajatele ja lastevanematele. Tln., 1960, 174 lk.
- VALGMA K. Kuidas karastada organismi. Trt., 1960, 11 lk.
- TIKK A. Närvipõletikud. Trt., 1960, 10 lk.
- Медицинский справочник для фельдшеров. Под. ред. А. Н. Шабанова. Изд. 8-е. М., 1960, 727 стр.
- МЕРКОВ А. М. Общая теория и методика санитарно-статистического исследования. Пособие для врачей. М., 1960, 206 стр.
- ГАБОВИЧ Р. Д. Учебник гигиены. [Для учащихся мед. училищ]. М., 1960, 407 стр.
- ДРАЧЕВ С. М. и др. Приёмы санитарного изучения водоёмов. М., 1960, 355 стр.
- КАЛМЫКОВ П. Е. Методы гигиенического исследования одежды. Л., 1960, 142 стр.
- БЕЛОСТОЦКАЯ Е. М. Гигиена зрения школьников. М., 1960, 136 стр.
- ПРОКОФЬЕВ В. П. Гигиена общественного питания. 2-е изд. М., 1960, 219 стр.
- КОЛОБОЛЕТСКИЙ Г. В. Лабораторные и практические занятия по ветеринарно-санитарной экспертизе. М., 1960, 240 стр.
- КУЗНЕЦОВА Л. В. Гигиена труда при работе на некоторых видах ускорительных установок. М., 1960, 71 стр.
- ОГНЕВ Б. В. и ФРАУЧИ В. Х. Топографическая и клиническая анатомия. Руководство. М., 1960, 580 стр.
- ЗБАРСКИЙ Б. И. и др. Биологическая химия. [Учебник для мед. и стоматол. ин-тов]. 3-е изд. М., 1960, 490 стр.
- АЛЬПЕРН Д. Е. Патологическая физиология. [Учебник для мед. и стоматол. ин-тов]. Изд. 5-е. М., 1960, 544 стр.
- САРКИСОВ Д. С. и РЕМЕЗОВ П. И. Воспроизведение болезней человека в эксперименте. М., 1960, 780 стр.
- СТЕПАНСКИЙ Г. А. Искусственное дыхание. М., 1960, 162 стр.
- Лечебная физическая культура. [Учеб. пособие для ин-тов физ. культуры]. Под общ. ред. И. М. Саркизова-Серазини. 2-е изд. М., 1960, 390 стр.
- ПАРФЕНОВ А. П. Закаливание человека. Л., 1960, 270 стр.
- ЛИВЕНЦЕВ Н. М. Электромедицинская аппаратура. Изд. 2-е. М., 1960, 387 стр.
- ШИЛОВ П. И. и ЯКОВЛЕВ Т. Н. Справочник по витаминам. (Для врачей). Л., 1960, 230 стр.
- ЯРУСОВА Н. С. О витамине С (аскорбиновой кислоте) и С-витаминизации пищи. М., 1960, 59 стр.
- ГАММЕРМАН А. Ф. Курс фармакогнозии. (Для фармацевтич. ин-тов). Изд. 5-е. Л., 1960, 640 стр.
- САНДЕР Ю. К. Практикум по технологии галеновых препаратов. Л., 1960, 216 стр.
- Методическое руководство по определению витаминов в витаминных препаратах и пищевых продуктах. Под. ред. Б. А. Лаврова. 3-е изд. М., 1960, 174 стр.
- ТИТАЕВ А. А. Антисимпатин. М., 1960, 154 стр.
- МИЛЬМАН Н. Я. и КИШИНЕВСКИЙ Л. Е. Некоторые вопросы рентгенологической деонтологии. 2-е изд. М., 1960, 55 стр.
- КИРЕЕВ П. М. Лучевая болезнь. (Клиника, диагностика и лечение). М., 1960, 51 стр.
- БЕРДЫШЕВ Г. Д. Ионизирующие излучения и витамины. М., 1960, 139 стр.
- Вопросы патогенеза, экспериментальной терапии и профилактики лучевой болезни. Под. ред. П. Д. Горизонтова. М., 1960, 432 стр.
- ЗАКУТИНСКИЙ Д. И. и СЕЛИВАНОВА Л. Н. Биологическая оценка препаратов для профилактики и лечения лучевой болезни. М., 1960, 152 стр.
- ШЕЛАГУРОВ А. А. Методы исследования в клинике внутренних болезней. М., 1960, 394 стр.
- ИВАНОВ В. А. Лечение сердечно-сосудистых больных на курортах. М., 1960, 56 стр.
- ВОЛЕВИЧ Р. В. Узелковый периартериит. М., 1960, 247 стр.
- ВОВСИ М. С. Болезни системы мочеотделения. М., 1960, 252 стр.
- ЛЕПОРСКИЙ А. А. Лечебная физическая культура при болезнях обмена веществ и заболеваниях суставов. М., 1960, 154 стр.
- ЛАЗАРЕВ Н. В. Лекции по фармакологии системы крови. Л., 1960, 83 стр.
- ЦУРИНОВА Е. Г. Переливание фибринолизной крови. М., 1960, 155 стр.
- ХЕЛИМСКИЙ М. А. Болезнь Реклингаузена. (Паратиреоидный остеоз). М., 1960, 96 стр.
- ЛЕБЕДЕВА М. Н. Медицинская микробиология. [Учебник для мед. ин-тов]. М., 1960, 370 стр.
- Профилактика инфекций живыми вакцинами. Под. ред. М. И. Соколова. М., 1960, 356 стр.
- Природноочаговые болезни человека. Под. ред. Е. Н. Павловского. М., 1960, 327 стр.

- ДАНИЛЕВИЧ М. Г. Острые детские инфекции. Руководство для врачей. Л., 1960, 487 стр.
- МАКСИМОВИЧ Н. А. Патологическая анатомия дизентерии у детей раннего возраста. Киев, 1960, 203 стр.
- САВЕНКО С. Н. Вирусные энцефалиты. Черновцы, 1959, 255 стр.
- МИЗИНА А. Ф. и ШТЕРЕНГЕРЦ А. Е. Опыт лечения детей с последствиями полиомиелита на климато-бальнеологическом курорте. М., 1960, 95 стр.
- РАБУХИН А. Е. Лечение больного туберкулёзом. Изд. 3-е. М., 1960, 415 стр.
- ПАРФЕНОВА И. П. Лимфатическая система лёгкого в норме и при туберкулёзе. М., 1960, 150 стр.
- КАЛБЮ П. И. Н. И. Пирогов и анатомо-физиологическое направление в хирургии. М., 1959, 167 стр.
- КРАКИНОВСКАЯ Е. М. Физическая антисептика и лечение ран. Очерки по истории русской хирургии. М., 1960, 204 стр.
- МАССОВЕР А. М. Медицинские автоклавы. Изд. 2-е. М., 1960, 63 стр.
- КОЛЕСНИКОВ И. С. и СОКОЛОВ С. Н. Профилактика и лечение эмпием плевры после резекции лёгкого. Л., 1960, 111 стр.
- БРЕДИКИС Ю. И. Пункция сердца. М., 1960, 107 стр.
- ГЕЛЬШТЕЙН Г. Г. Изменения электрокардиограммы во время митральной комиссуротомии. М., 1960, 147 стр.
- РОЗАНОВ Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. [2-е изд.] М., 1960, 196 стр.
- РОЗАНОВА Н. А. Врождённый пилоростеноз у грудных детей и его оперативное лечение. М., 1960, 132 стр.
- ГРИГОРЬЕВА Т. С. Лечение производственной травмы конечностей. М., 1960, 142 стр.
- ИСАКОВ Ю. Ф. Внутривенная и внутрикостная анестезия при операциях на конечностях у детей. М., 1960, 76 стр.
- МУРАЗЯН Р. И. Внутрикостное обезболивание при огнестрельных ранениях конечностей. М., 1960, 64 стр.
- ПУГАЧЕВ А. Г. Повреждение сухожилий кисти и пальцев и их лечение у детей. М., 1960, 95 стр.
- РЕЙЗМАН А. М. и БАГРОВ Ф. И. Деторсионные упражнения в комплексе лечебной гимнастики при сколиозах. М., 1960, 42 стр.
- ГЕКСЛИ Дж. С. Рак как биологическая проблема. М., 1960, 176 стр.
- КРЕСТОВНИКОВА В. А. Микробиологическое изучение раковых опухолей. М., 1960, 188 стр.
- БРАТЦЕВ В. Р. Врождённые (дизонтогенетические) образования средостения и лёгких. М., 1960, 252 стр.
- КРАЕВСКАЯ И. С. Рак яичников. М., 1960, 132 стр.
- БЕЛОСТОЦКИЙ Е. М. Диагностика и лечение содружественного косоглазия на современном этапе знаний. М., 1960, 134 стр.
- ЕРШКОВИЧ И. Г. Лечение первичной глаукомы. М., 1960, 267 стр.
- Многотомное руководство по оториноларингологии. Т. I. Общая оториноларингология. М., 1960, 644 стр.
- КОЙРАНСКИЙ Б. Б. Ангина и борьба с ней в производственных условиях. Л., 1960, 92 стр.
- ПЛАТОНОВА Е. П. Головные боли. М., 1960, 219 стр.
- ПЕРВОВ Л. Г. Особенности основных процессов и сигнальных систем при истерии. М.-Л., 1960, 104 стр.
- АВРУЦКИЙ Г. Я. Неотложная помощь при психических заболеваниях. М., 1960, 88 стр.
- ТЕЛИШЕВСКИЙ И. А. и ШУВАЛОВ В. В. Фотоиллюстрированный справочник (атлас) по дерматологии для практического врача. Ташкент, 1960, 383 стр.
- МАШКИЛЛЕЙСОН Л. Н. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. М., 1960, 415 стр.
- КАПЛАН А. Л. Учебник акушерства и гинекологии. [Для отд-ний мед. сестёр мед. училищ]. Изд. 4-е. М., 1960, 384 стр.
- БОГОРОВ И. И. Гинекология детского возраста. Л., 1960, 267 стр.
- ДОБРОХОТОВА А. И. и ОСТРОВСКАЯ И. М. Здоровый и больной ребёнок. (Руководство для работников фельдшерских пунктов). М., 1960, 363 стр.
- ИГНАТОВ С. И. Фармакотерапия. (Руководство для врачей-педиатров). 3-е изд. М., 1960, 256 стр.
- ТОЛКАЧЕВСКАЯ Н. Ф. Развитие процессов обмена у детей первого года жизни. Изд. 2-е. М., 1960, 258 стр.
- ДОБРЯК В. И. Судебно-медицинская экспертиза скелетированного трупа. Киев, 1960, 192 стр.